

初 診 問 診 票

フリガナ：		生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
お名前： _____ 男・女		身長： _____ cm	体重： _____ kg
ご住所	〒 _____ - _____		
ご連絡先	ご自宅：	携帯電話：	
緊急連絡先	(_____)	(_____)	

1. 本日はどうなさいましたか？ いつ頃から、どのような症状（心配事）ですか？

本日の血圧（血圧について診察希望の方のみ） →院内血圧計にて測定→数値票をこの問診票と一緒に受付に提出して下さい	本日の体温 _____ °C
---	----------------

2. その他気になることや相談したいことはございますか？

(_____)

・下記質問にもお答えください。該当するものに○を囲み、必要に応じて記載をお願いいたします

3. 現在、治療中もしくは経過観察中の病気はございますか？

なし・あり →心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓病・脳梗塞・肝炎・喘息・ガン・その他

(_____)

4. 現在、服用中の（あるいはごく最近まで服用していた）お薬はありますか？

なし・あり →お薬手帳ご持参（なし・あり）

5. 今までに大きな病気や手術の経験はありますか？

なし・あり →(病名・手術名： _____ 治療開始・手術日： _____)

6. 今までに薬や食品でアレルギー症状(発疹・気分不良・ショック症状等)を起こした事がありますか？

なし・あり →(薬剤名もしくは食品名： _____ 症状： _____)

7. 喫煙・飲酒・渡航歴についてお答えください

喫煙歴なし・以前喫煙していた(禁煙後 _____ 年経過・1日 _____ 本・ _____ 年間)・現在喫煙中(1日 _____ 本・ _____ 年間)

飲酒歴なし・「 _____ 」を1日 _____ 程度 x (毎日・ _____ 日/週・飲酒をやめた)

1か月以内に外国滞在（旅行）はありましたか？ (国名： _____)

8. 女性の方のみお伺いいたします（該当箇所に○をしてください）

妊娠中である・妊娠の可能性はある・授乳中である

9. よろしければ、今回当院にご来院いただいたきっかけをお聞かせください

インターネット検索・ホームページ・広告・チラシ・看板・家/職場に近い・TV・雑誌・家族や知人の紹介・医療機関からの紹介・その他(_____)

ご記入ありがとうございました お手数ですが受付にご提出ください