

初診問診票

年 月 日

ふりがな				年齢	歳	性別	男性 女性
氏名							
生年月日	大正・昭和・平成	年	月				
郵便番号	〒	住所					
電話番号	ご自宅		携帯				

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ 度 分

①今日はどうなさいましたか？(いつから・どのような症状があるか教えてください)

②今までにかかった病気、現在治療を受けている病気があれば教えてください。

なし あり(ありの方は具体的に教えてください)

④親族の方で、高血圧、糖尿病、がん、心筋梗塞、脳梗塞などの方はいらっしゃいますか？

なし あり(誰が: _____ 病名: _____)

⑤現在、服用されているお薬がありますか？

なし あり(服用されているお薬を教えてください。 ※お薬手帳があればお見せ下さい):

⑥お薬や食べ物のアレルギーがありますか？

なし あり(ありの方は具体的に教えてください)

⑦あてはまるものにチェックしてください。

・たばこ 吸わない 吸う: 本(歳~) 以前に吸っていた: ~ 歳、 本/日

・アルコール 飲まない 禁酒した 飲む(毎日、週 2-3 回、月に数回) 量:1 日 ぐらい

⑧女性の方のみお答えください

・現在妊娠されている。もしくはその可能性がありますか？ いいえ はい

・授乳中ですか？ いいえ はい

◆どちらで当院をおしりになりましたか？

家族・友人・知人から インターネット 当院の前を通過 野立看板(氷室町の 5 差路交差点)

電話帳 電柱広告 その他()