

# 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(      )