

初診問診表

平成 年 月 日

氏名 _____ ふりがな _____ 男・女 _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒

住所 _____

固定電話 _____ (_____) 携帯電話 _____ (_____)

※ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

はい、の方は、必ず診察時にお申出下さい

* どうなさいましたか？

<いつから> 昨日 ・ 2日前 ・ 3日前 ・ 1週間前 ・ それより前 (_____)

<かぜ症状> 熱がある ・ のどが痛い ・ 鼻水/鼻づまり ・ 咳 ・ 痰 ・ 頭痛 ・ 関節痛

<頭・目> 頭痛 ・ めまい

<胸> 胸が痛い ・ 動悸 ・ 息苦しい ・ 胸の圧迫感 ・ 顔やからだのむくみ ・ ゼーゼーする

<おなか> おなかが痛い ・ 吐き気 ・ 吐いた ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 血便 ・ 食欲低下

<慢性の病気> 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 気管支喘息

<その他> 健康診断で異常を指摘された ・ その他 (_____)

* 今まで薬や食べ物でアレルギー症状(発疹・気分不快など)を起こしたことがありますか？

薬 : なし ・ はい (_____)

食べ物: なし ・ はい (_____)

* 現在、治療中の病気・服用中の薬(市販薬を含む)があれば、お書きください。

お薬手帳があれば、診察時にご提示ください

通院中の病院名:

病名・薬の名前など:

* 過去に入院をしたり、手術を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい

いつ頃:

どんな病気:

* たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい (1日 本 x 年間)

* お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい (ほぼ毎日、週2-3日、付き合い程度)

* ご家族に、過去もふくめ、ご病気の方はおられますか？

いいえ ・ はい (_____)