

初診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ お名前	(男・女)	ご住所			
		電話番号	自宅電話	/携帯電話	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	体温 °C	血圧 /	脈拍 回/分	
	(クリニック記入欄)				

◎当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット ・ 電柱広告 ・ 駅看板 ・ 郵便局封筒 ・ ご家族 ・ お知り合い ・ 通りがかり ・ その他
()

◎本日はどうされましたか？

風邪症状・・・ 月 日から 熱がある 咳が出る 鼻水が出る 痰が出る のどが痛い
 腹部症状・・・ 月 日から 腹痛 吐き気 下痢 便秘 胃の調子が悪い
 胸部症状・・・ 月 日から 胸痛 動悸 息苦しい
 その他の症状・・・ 月 日から 頭痛 めまい けがをした(部位)
 肛門の症状・・・ 月 日から 出血 痛みがある 膿が出る 腫れている
 皮膚症状・・・ 月 日から 湿疹 かゆみ 痛みがある
 足の症状・・・ 月 日(年前)から 血管が目立つ 痛みがある むくんでいる 冷え性
 検診・検査など・・・健康診断 大腸がん 胃がん 骨粗しょう症 禁煙外来
 ほかに症状のある方はこちらにご記入ください。

()

◎現在治療中の病気または過去に治療を受けた病気はありますか？

なし あり →糖尿病 高血圧症 高脂血症 心臓疾患 肝臓疾患 腎疾患
脳疾患 ぜんそく その他()

◎飲んでいるお薬はありますか？

なし あり →薬名()

お薬手帳をご提示いただくか、薬の名前をご記入ください。

◎アレルギーはありますか？

なし あり →薬名 ()
 →食品名 ()

◎手術をされたことはありますか？

なし あり →いつ頃 () どこを()

◎日常生活について ①飲酒 なし あり (時々・毎日)

②タバコ 吸わない 吸う (1日 本 × 年間)

◎食事はされて来ましたか？ はい いいえ

◎女性の方にお聞きます。 妊娠()ヵ月 妊娠の可能性あり 授乳中