

ID:

体温

℃

## 初診問診票

令和 年 月 日記入

ふりがな お名前	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生(満 歳)
ご住所 〒 —	お電話番号(必ずどちらかをご記入ください) 自宅 - - 携帯 - -

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

[ ]

2. 1の症状はいつ頃からですか？

[ ]

3. 現在治療中もしくは今までかかったことがある病気に✓をいれ、かかった年齢をご記入ください。

高血圧( 歳) 高脂血症( 歳) 糖尿病( 歳) 心臓病( 歳)肝臓病( 歳) 腎臓病( 歳) 脳卒中( 歳)呼吸器疾患( 歳) 食道・胃・腸疾患( 歳)その他( ) ( 歳)輸血歴あり 手術歴あり：手術の詳細( )

4. お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことはありますか？

ない ある⇒(薬剤名 \_\_\_\_\_ 食べ物 \_\_\_\_\_)

5. 20歳以上の方にお尋ねします。

アルコール 飲まない 飲む⇒(種類 \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 杯、週 \_\_\_\_\_ 回)たばこ 吸わない 吸う⇒(1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳頃から)

6. 現在、通院中の病院はありますか？

ない ある⇒(病院名: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_)

7. 現在、服用中のお薬はありますか？

ない ある⇒(薬剤名: \_\_\_\_\_)

8. 現在、服用している健康食品やサプリメントはありますか？

ない ある⇒(具体的な名称: \_\_\_\_\_)

9. ご家族がかかったことのある病気があれば✓をいれてください。続柄も記入してください。

高血圧(続柄: ) 高脂血症(続柄: ) 糖尿病(続柄: )心臓病(続柄: ) 肝臓病(続柄: ) 腎臓病(続柄: )脳卒中(続柄: ) 呼吸器疾患(続柄: )食道・胃・腸疾患(続柄: ) その他[ ](続柄: )

10. 女性の方におたずねします。

妊娠していますか？ いいえ はい⇒( 力月) 可能性がある授乳中ですか？ いいえ はい

11. 当院は何でお知りになりましたか？

通りがかり(看板等) インターネット 知人の紹介 その他( )