

初診問診票

(受診日) 平成 年 月 日

フリガナ

お名前 : _____ (男 ・ 女)

明・大・昭・平 年 月 日生 (才)

住所 : _____

電話 (自宅) _____ (携帯) _____

●どのような症状ですか？ あてはまる症状に○を付けてください。

せき ・ たん ・ のどが痛い ・ 鼻水 ・ 発熱 (_____ °C)

寒気 ・ だるさ ・ ふしぶしの痛み (関節痛) ・ 頭痛

腹痛 ・ 下痢 ・ はき気 ・ 嘔吐

めまい ・ 便秘 ・ 花粉症 ・ 健康診断で要受診と判定された

膀胱炎症状 (頻尿、排尿時痛、血尿など)

その他 [_____]

●その症状は、いつからですか？ [_____]

●現在、治療中の病気はありますか？

ない ・ ある ⇒ _____

●今までに 大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ _____

●薬、麻酔、食べ物などで アレルギー症状を起こしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ _____

●タバコは吸いますか？ ⇒ 吸わない ・ 吸う (1日 本、 年間)

●女性の方のみお答えください。(お薬の処方上、考慮いたします)

・ 妊娠中ですか？ ⇒ いいえ ・ はい ・ 可能性あり

・ 授乳中ですか？ ⇒ いいえ ・ はい

●当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人からの紹介 ・ インターネット(ホームページ) ・ 当院の前を通過して
看板広告 ・ 電話帳 ・ 病院からの紹介(病院) ・ その他

※ 他院で処方されたお薬やお薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出してください。