

初診問診票

令和 年 月 日

氏名 _____ 生年月日 昭平令 年 月 日(満 歳) ☐男 ☐女
現住所 _____ 電話番号 - -
職業 _____ 身長 cm 体重 kg 本日の体温 °C

■具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか？

☐いいえ ☐はい 年 月 日から にかかっている

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを()に記入して下さい

☐ 喘息(歳頃)	☐ 肺炎(歳頃)	☐ がん(歳頃)
☐ 高血圧(歳頃)	☐ 肝臓病(歳頃)	☐ 腎臓病(歳頃)
☐ 糖尿病(歳頃)	☐ 脳卒中(歳頃)	☐ 結核(歳頃)
☐ 心臓病(歳頃)	☐ その他(病名: 歳頃)	

■薬のアレルギーはありますか？ ☐なし ☐あり()

■食べ物のアレルギーはありますか？ ☐なし ☐あり()

■現在飲んでいる薬はありますか？ ☐なし ☐あり(薬品名:)

■たばこ ☐吸わない ☐吸う ☐過去に吸っていた 1日 本、約 年間

■アルコール ☐飲まない ☐飲む ☐過去に飲んでいた

☐ビール mL/日 ☐ウイスキー mL/日 ☐日本酒 mL/日 ☐ワイン mL/日

☐その他 mL/日

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ ☐ない ☐ある ☐わからない

現在、授乳中ですか？ ☐いいえ ☐はい