



初診問診票




ふりがな 氏名 _____ (男・女)
生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住所 〒 (_____) _____
電話番号: _____ 職業: _____

 今日はどのような症状で受診されましたか？ その症状はいつ頃から始まりましたか？

 現在治療中の病気はありますか？
いいえ はい (病名: _____ 病院: 医院名 _____)


 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？
いいえ はい (はいの場合、以下に詳細を記入して下さい)

 これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことがありますか？
いいえ はい (はいの場合、以下にわかる範囲で記入して下さい)

 お酒は飲まれますか？ _____ タバコは吸いますか？ _____
いいえ はい (回数と量 _____) いいえ はい (1日 _____ 本 _____ 年間)

女性にうかがいます。(差し支えない範囲でお答え下さい)

 現在妊娠中ですか？
いいえ はい (予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 妊娠の可能性がある 不明

 現在授乳中ですか？
いいえ はい