

2021 / /

初診問診票

no. _____

フリガナ _____

生年月日 西暦・大正・昭和・平成

氏名 _____ (男・女) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

〒 _____

住所 _____

自宅 TEL _____ 携帯 TEL _____

70才以上の方へお尋ねします 同居されているご家族はいらっしゃいますか (同居あり・独居)

その場合ご家族の連絡先ご記入をお願いします 氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

① 今日どのような症状で来院されましたか
のどが痛い ・ 痰が絡む ・ 熱がある ・ 咳 (乾いた咳・痰が絡む) ・ お腹が痛い
下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 怪我 (部位 _____) ・ 健 (検) 診結果で要精査
紹介状有り ・ その他 (_____)

② いつごろからですか
・ 今日 ・ 昨日 ・ 2~3日前 ・ 1週間前 ・ 1か月前 ・ その他 (_____)

③ 現在、治療中の病気はありますか (はい・いいえ)
病名 (_____)

④ 現在、飲まれている薬はありますか (はい・いいえ)
はい の方 薬品名 _____

⑤ お薬手帳はお持ちですか (はい→窓口へご提出ください ・ 本日は未持参 ・ いいえ)

⑥ 薬や食品等で発疹や蕁麻疹がでたり、体調が悪くなったことはありますか (はい・いいえ)
はい の方 薬品名 _____
食品名 _____
その他 _____

⑦ 今までに病気・手術をしたことがあれば、詳細をご記入ください (はい・いいえ)
年齢 _____ 才 病名 _____ 手術名 _____
年齢 _____ 才 病名 _____ 手術名 _____
年齢 _____ 才 病名 _____ 手術名 _____

⑧ 今までに生活習慣病を指摘されたことはありますか (はい・いいえ)
はい の方 (・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 高脂血症)

⑨ アルコールを飲みますか (はい・いいえ)
はい の方 (・ 時々 ・ 週1 ・ 2~3日おき ・ ほぼ毎日)

⑩ 煙草を吸いますか (はい・いいえ)
はい の方 (_____ 本/日 を _____ 年間)
過去の喫煙 (_____ 本/日 を _____ 年間 _____ 年前にやめた)

⑪ 女性の方にうかがいます
現在、妊娠中ですか (はい _____ か月 ・ 可能性あり ・ いいえ)
授乳中ですか (はい・いいえ)

⑫ 当院に来院されたきっかけを教えてください
ホームページ / 紹介 (家族・職場・友人・ _____) / パンフレット / 広告 (_____) その他 (_____)

体温	°C	血圧	/	脈拍	SP02	%
----	----	----	---	----	------	---