

初診問診票

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

生年月日 西暦・大正・昭和・平成・令和

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女)

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

自宅TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

70才以上の方→ 独居 同居 家族の連絡先等ご記入ください 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

①今日はどうのような症状で来院されましたか

・熱がある ・倦怠感 ・のどが痛い ・鼻水 ・痰が絡む ・咳 ・息苦しい ・胸痛 ・腹痛 ・下痢 ・便秘  
・吐き気 ・嘔吐 ・怪我 ( \_\_\_\_\_ ) ・健診で要精査 ・紹介状持参 ・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、内服中の薬はありますか ( はい ・ いいえ )

薬品名 \_\_\_\_\_

⑤お薬手帳をお持ちですか ( はい アプリ / 手帳→窓口へ \_\_\_\_\_ ・ 本日は未持参 ・ いいえ )

⑥薬や食品など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 )

薬品名 \_\_\_\_\_

食品名 \_\_\_\_\_

その他 \_\_\_\_\_

⑦今までに病気・手術をしたことはありますか ( はい ・ いいえ )

年令 \_\_\_\_\_ 才 病名 \_\_\_\_\_ 手術名 \_\_\_\_\_

年令 \_\_\_\_\_ 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 ・ 高脂血症 )

⑨新型コロナワクチンを接種したことはありますか ( はい 1回目 \_\_\_\_\_ / 2回目 \_\_\_\_\_ / ・いいえ )

⑩今までに新型コロナウイルスにかかったことはありますか ( はい → 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~ ・ いいえ )

⑪飲酒をされますか ( はい ・ 時々 ・ 週1回 ・ 2~3日おき ・ ほぼ毎日 \_\_\_\_\_ ・ いいえ )

⑫煙草をすいますか ( 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)

⑬女性の方に伺います 現在、妊娠中ですか ( ・はい \_\_\_\_\_ カ月 ・ 可能性あり ・ いいえ )

現在、授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

⑭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	℃	血圧	/	脈拍	SPO2	%	身長	cm	体重	kg
----	---	----	---	----	------	---	----	----	----	----