

初診問診票

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 / _____ □男 / □女

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医院・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： _____ ）

■今までに手術の経験はありますか？

□なし □あり 病名： _____
いつ頃： _____

■輸血を受けたことがありますか？ □いいえ □はい

■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（ _____ ）

その他： _____

■現在、飲んでいる薬または、サプリメントはありますか？

□なし □あり（薬剤名： _____ サプリメント名： _____ ）

■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

■女性の方へ

妊娠している可能性は？ □ない □ある

最終月経は？（ _____ 月 _____ 日） □閉経している

■最近、海外渡航歴は □なし □あり どこに

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ □なし □あり

■ 本日の朝食は食べていますか？ □はい □いいえ