

初診問診票

年 月 日

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成
				年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
電話	自宅 ()	-		
	携帯	-	-	
☆ 来院の目的 (診察 ・ 検査 ・ 健康診断 ・ 予防接種 ・ 禁煙治療 ・ その他)				
☆ 他院よりの紹介状をお持ちの方は、受付に問診票と一緒にお願いします。				
☆ 身長： cm ☆ 体重： kg ☆ 来院時の体温：				
☆ 当院をお知りになった経緯： ご紹介 ・ ホームページ ・ その他 ()				
→ 紹介者様名： 様 (ご家族・ご友人・その他)				

☆ 診察希望の方へ ☆ 自動血圧測定器で測定可能な方は計測お願いします。

- いつからどんな症状ですか？
時期： 今日 (時頃～) ・ () 日前 ・ () 週間前 ・ () ヶ月前 ・ () 年前
症状： 咳・痰・鼻水・のど痛・発熱 () °C ・体のだるさ・頭痛・胸痛・息苦しさ
胸のしめつけ感・食欲不振・嘔気・嘔吐・腹痛・下痢・めまい・ふらつき
その他 ()
- 今までに薬や食べ物で皮膚に湿疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか (アレルギー)？
なし ・ あり (薬・食べ物： 症状：)
- 現在治療中の病気
なし ・ あり (病名： 通院先：)
- 現在服用中の薬 ※ お薬手帳をお持ちの方は受付時にお出し下さい。
なし ・ あり ()
- 入院や手術の経験
なし ・ あり (病名： 入院先：)
- アルコール消毒でのかぶれの有無 なし ・ あり
- お薬について
・ 形状については こだわらない ・ ダメな形状あり (粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル)
・ お昼の服用は できる ・ できない
・ 漢方薬の服用は 可 ・ 不可 ・ 服用歴なし

《お子様以外の方にお聞きします》

- 喫煙
・ 現在吸っている： 1日平均 () 本 を () 年間
・ 以前吸っていた： 1日平均 () 本を () 年間 () 歳で止めた
・ 吸ったことがほとんどない または まったくない
 - 飲酒
・ 週1日以上 ビール・日本酒・焼酎・ () を1日あたり () ccを週に () 回飲む
・ 週1日未満
・ しない
- 女性の方のみ 10 ～

- 女性の方にお聞きします。
① 現在妊娠の可能性はありますか？
なし ・ あり
② 現在授乳中ですか？
いいえ ・ はい

☆ 個人情報の取り扱いについて

- * ご記入いただいた個人情報は、当院における診察以外の目的には使用致しません。
- * 病状の確認、診察・検査の予約の変更、保険情報の確認等の為に電話連絡させて頂く場合がありますので、ご同意をお願い致します。
- * 呼び出しの際にお名前でお呼び致します。ご希望されない方はお申し出下さい。
※尚当院では、第三者行為 (交通事故・喧嘩による怪我など) による治療は基本的には行っておりません。
該当される方は、ご記入になる前に、受付までお申し出ください。