

初診問診票

氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 令和 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。								
☆ 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)								

※看護師記入項目※ 身長: _____ cm ・体重: _____ kg

★来院時の体温 : _____ °C

☆ここ2-3週間のうち、新型コロナウイルス感染者および濃厚接触者との接触、外国や他都道府県への往来はありましたか？ なし ・ あり ()

1. 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・嗅覚異常
 その他 ()
2. 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(アレルギー反応)がありますか？
 なし ・ あり (薬・食べ物: _____ 症状: _____)
3. 現在治療中の病気
 なし ・ あり (病名: _____ 通院先: _____)
4. 現在服用中の薬 ※ お薬手帳 なし ・ あり (ありの方は受付に提出をお願い致します。)
 なし ・ あり ()
5. 入院や手術の経験
 なし ・ あり (病名: _____ 入院先: _____)
6. アルコール消毒でのかぶれはありますか？
 なし ・ あり
7. お薬について
 ・内服困難な形状 なし ・ あり (粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル) が飲めない
 ・昼食時の服用 可 ・ 不可
 ・漢方薬の服用 可 ・ 不可 ・ 服用歴なし

《成人の方にお聞きします》

8. 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
9. 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 または 飲酒しない

《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。