

初診問診票

(月 日)

住 所	〒		TEL () -	
	住所			
ふりがな 氏 名		男	西暦 年 月 日	年齢
		女		歳

◆今日は何のような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか◆

◆その症状について他の医療機関に受診されましたか ○をつけて下さい◆

- ・いいえ
- ・はい (はいの場合、病院・医院名 _____)

◆現在治療を受けている病気があるか

- ・いいえ
- ・はい・ 中断 (病名 _____)

病院名

服用中のお薬名

◆過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか◆

- ・いいえ
- ・はい (はいの場合、病名、その年月日などを記入して下さい)

◆これまでに飲み薬や注射で副作用がでたことがありますか◆

- ・いいえ
- ・はい (はいの場合、わかる範囲で記入してください)

薬の名前、種類と副作用の症状

◆お酒はのまれますか◆

- ・いいえ
- ・はい (回数と量)

◆タバコは吸いますか◆

いいえ・ はい (1日 本、 年間)

◆当院を受診された理由 (○をつけて下さい 複数可) ◆

- 1 近くに住んでいる、または近くに勤めている
- 2 家族が当院に通院している
- 3 知人に薦められた、または評判を耳にした
- 4 他の病院・医院から紹介された
- 5 当院のホームページをみた
- 6 その他 (具体的に)

◆女性のお尋ねします (差支えのない範囲でお答え下さい) ◆

- ・現在妊娠中ですか いいえ・はい (妊娠 ヶ月) ・妊娠の可能性はある ・不明
- ・現在授乳中ですか いいえ・はい