

初診問診票

(内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・リハビリテーション科)

受付年月日

フリガナ 氏名		男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齡	歳
住所	〒 (アパート・マンション名:)					
電話番号	ご自宅 () -	携帯 () -				
渡航歴	最近の渡航歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	渡航先	国:			

※ 予約確認・変更等で連絡させて頂く場合がございますので、連絡がとれる連絡先をご記入ください。

① 今日どのような症状で受診されますか？

[]

② その症状はいつ頃からですか？

[]

③ その症状について他院を受診したことがありますか？(以下○をつけて下さい。)

・ある 病名は() 治療は()
・ない

④ 今までにどんな病気をしましたか？

心臓病 高血圧 腎臓病 肝臓病 糖尿病 胃腸病 緑内障
 白内障 アレルギー (ぜんそく・鼻炎・アトピー・じんましん)
 その他 ()

⑤ 今までに手術を受けられたことはありますか？

・ある 手術名(病名)とその時期()
・ない

⑥ 現在、服用しているお薬はありますか？

・ある ()
・ない

⑦ お薬のアレルギーはありますか？

・ある ()
・ない

⑧ ペットを飼っていますか？

・はい 種類: 犬 猫 その他 ()
・いいえ

⑨ 歯を抜いたことがありますか？

ある ・ ない

⑩ 嗜好品: アルコール () を1日 () 本 ・ たばこ1日 () 本

⑪ 現在妊娠中または授乳中ですか？

・はい 妊娠している(妊娠 週) ・ 授乳中である
・ いいえ

⑫ 身長 () cm 体重 () kg

⑬ 希望の事項等がありましたらご記入下さい。