

ID:

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 年 月 日

フリガナ氏名	□ 男 □ 女		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
住所	〒 (アパート・マンション名:)				
電話番号	ご自宅	() -	携帯	() -	
身長	cm		体重	kg	
海外渡航歴	□ なし		□ あり 最近の渡航国:		
※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					

◆ 今日どのような症状で受診されますか？

◆ その症状はいつ頃からですか？

◆ 今回の症状がでるきっかけ(原因)と思われるものはありますか？

◆ その症状について他院を受診したことがありますか？どんな治療をしていますか？

□ はい □ いいえ

病名: 治療内容:

◆ 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 □ がん

□ アレルギー(ぜんそく・鼻炎・アトピー・じんましん) □ その他()

◆ 今までに手術を受けられたことはありますか？

□ はい □ いいえ

手術名(病名): いつ頃:

◆ 現在服用しているお薬はありますか？

□ はい □ いいえ

薬品名:

◆ アレルギーはありますか？ ある場合はその名前を記入ください。(薬品、食物 等々..)

□ はい □ いいえ

◆ ペットを飼っていますか？

□ はい □ いいえ

□ 犬 □ 猫 □ その他:

◆ 歯を抜いたことがありますか？

□ はい □ いいえ

◆ アルコール アルコールを飲みますか？

□ はい □ いいえ

アルコールの種類:

どのくらい飲みますか: 1日 本 / 合、□ 毎日 □ 週 日 □ 機会飲酒

◆ たばこ たばこを吸いますか。

□ はい □ 過去に吸っていた □ いいえ

1日 本 喫煙年数 年間(歳頃~)

◆ (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか。

□ はい □ いいえ

□ 妊娠中(妊娠 週) □ 授乳中

◆ その他希望事項等がありましたらご記入ください。