初診問診表　　同　　ID（　　）

平成　　年　　月　　日　　〈記入者〉 □本人　□家族　□その他			
ふりがな			
氏名	男　・　女		
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日　（　　）歳		
住所	郵便番号　〒 市・郡		
自宅	（　　－　　－　　）	携帯	（　　－　　－　　）
緊急連絡先	氏名（　　）　続柄（　　）　連絡先（　　－　　－　　）		
身長	cm	体重	Kg

＊　該当するものに〇で囲んでお答え下さい。ご協力お願い致します。

＜どうなさいましたか？＞（症状はいつからありますか？＿＿＿＿＿＿＿＿から）

発熱（来院時　　℃・　　日　　時　　℃）・咳・鼻水・鼻づまり・のどが痛い・関節痛

頭痛・お腹が痛い・下痢・嘔気・嘔吐・その他（　　）

インフルエンザ検査希望　（　する　　しない　）　ワクチン接種　（　済　　未　）

診察は早い方の医師でよろしいですか　（　はい　　いいえ　）

＜現在治療中の病気はありますか？＞　あり　・　なし

高血圧　・糖尿病　・高コレステロール血症　・高脂血症　・心臓病

癌（部位：　　）　・その他（　　）

＜手術を受けたことがありますか？＞　あり　・　なし

詳細（　　）

＜今のんでいる薬はありますか？＞　あり　・　なし　＊お薬手帳をお持ちの方は受付へ御提示ください

詳細（　　）

＜血のつながった家族に次のような病気はありますか？＞　あり　・　なし

高血圧　・糖尿病　・高コレステロール血症　・高脂血症　・心臓病

癌（　　）　・その他（　　）

＜アレルギー＞　あり　・　なし

花粉症　・食べ物（品目：　　）　・アトピー性皮膚炎　・その他（　　）

＜薬の副作用はありますか？＞　あり　・　なし

詳細（　　）

＜お酒は飲みますか？＞　飲む　・　飲まない

毎日　・週2－3日　・時々

↳（ビール　　ml、焼酎　　合、日本酒　　合）

＜タバコは吸いますか？＞

吸う（　　本/1日　　年間）　・やめた　・吸わない

＊女性に伺います

＜妊娠している可能性はありますか？＞　**はい　・　いいえ**

＜現在、授乳中ですか？＞　**はい　・　いいえ**