

初診問診表 同 ID()

平成	年	月	日	<記入者>	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 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○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 °C 日 時 °C) ・ 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 ・ 残尿感 ・ 頻尿感 ・ 健診結果の相談 ・ その他()
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