初診問診表　　同　　ID(　　)

令和　　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 ・ 令和　　年　　月　　日　(　　)歳		
住所	郵便番号　〒 市･郡		
自宅	(　　ー　　ー　　)	携帯	(　　ー　　ー　　)
緊急連絡先	氏名(　　) 続柄(　　) 連絡先 (　　ー　　ー　　)		
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 ・ 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**