

初診問診表

記入日 年 月 日

(フリガナ)

氏名 年齢 歳 男・女 生年月日 年 月 日

身長 cm 体重 kg

出身都道府県 職業

紹介者 なし ・ あり

住所 〒

電話番号 (自宅) (携帯電話)

1. 本日受診なされた症状(理由)の経過を具体的にお書き下さい

()月()日: 時頃

()月()日: 時頃

()月()日: 時頃

そのために、どこかで診察を受けましたか 受けない ・ 受けた

年 月 日 から 病院名

診断名 治療内容

2. 今までに病気をしたり、健康診断で異常を指摘されたことがありますか あり ・ なし

年齢 歳 病名 治療内容

年齢 歳 病名 治療内容

年齢 歳 病名 治療内容

3. 現在飲んでいるお薬があればお書き下さい

なし ・ あり (お持ちでしたら薬剤情報の提示をお願いします)

4. アレルギーはありますか いいえ ・ はい

薬物:種類 症状

食物・その他:種類 症状

5. 輸血を受けたことがありますか

なし ・ あり 何歳頃ですか 歳 どのような時ですか

6. 過去1年間に海外へ行きましたか

行かない ・ 行った いつ どこへ

7. ご家族に現在、病気の方がいらっしゃいますか

いない ・ いる 本人との関係 病名

8. 女性の方へ

現在、妊娠していますか いいえ ・ はい (週) ・ 不明 ・ 閉経 歳

9. 現在の生活についてお伺いします

お酒 飲まない ・ 飲む (時々 ・ 毎日 を 合・本・杯 年間)

タバコ 吸ったことがない ・ 以前は吸っていた (歳まで 本/日 年間)

吸う (現在まで 本/日 年間)

現在、何人でお住まいですか 人

10. これから受ける診察について、ご希望やご意見がありましたらお書き下さい

※御本人以外の場合にお書き下さい

記載者氏名