

初診問診表

記入日 平成 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 _____