

初診問診票

ID _____

記入日 年 月 日 体温: _____ °C

フリガナ			生年月日	
氏名	男	大正・昭和・平成		
	女	年	月	日
住所	〒			
携帯電話番号			身長	cm
自宅電話番号			体重	kg
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり(ご本人以外 人)			
女性の方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	現在妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (力月)	<input type="checkbox"/> 授乳中

☞ 本日はどうなさいましたか？ (いつ頃からどのような症状ですか)

☞ 今までに大きな病気にかかったこと、手術の経験などがありますか？

- なし
あり...それはどんな病気ですか？(下の欄にご記入ください)

☞ 現在治療中の病気はありますか？

- なし
あり...それはどんな病気ですか？(下の欄にご記入ください)

☞ 現在飲んでいるお薬はありますか？

- なし
あり ...お薬の名前が分かればご記入ください。
*「お薬手帳」をお持ちの方はお見せ下さい。

☞ 薬や食べ物等のアレルギーはありますか？

- なし
あり...(薬 食品)
(その他)

☞ 飲酒や喫煙の習慣はありますか？

- なし
あり アルコール 毎日 その他() ml/日
たばこ 本/日 喫煙歴 年