

# 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	現在妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 妊娠中 ( 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？

薬 なし あり ( )

食べ物 なし あり ( )

その他 ( )

❖ 飲酒や喫煙の習慣はありますか？

飲酒 なし あり ( 毎日/その他 ml/日 )

たばこ なし あり ( 本/日 喫煙歴 年 )

その他 ( )