

## 初診問診票

ふりがな

氏名 : \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )

〒 : \_\_\_\_\_ ☎ 携帯

住所 : \_\_\_\_\_

生年月日 : 

M	T
S	H

 年 月 日 年齢 : \_\_\_\_\_ 歳  
( 小児のみ 体重 : \_\_\_\_\_ kg )

## ◆ どのような症状でお困りですか

体温	°C / 平熱	°C
----	---------	----

 今日から     (    ) 日前から     (    ) 週間前から     (    ) ヶ月前から

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 頻尿・残尿感・排尿痛	
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 花粉症・鼻炎	

## 【 その他の症状 】

( \_\_\_\_\_ )

## ◆ お薬手帳を持っていますか

( はい ・ いいえ )

お持ちでない場合、現在服用しているお薬があればご記入ください

( \_\_\_\_\_ )

## ◆ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか

( はい ・ いいえ )

『 はい 』と答えた方… 分かれば薬剤名・食べ物の名前 ( \_\_\_\_\_ )

## ◆ 下記の病気にかかったことはありますか

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> アトピー	

\* その他に大きな病気・手術の経験はありますか ( はい ・ いいえ )

『 はい 』と答えた方… 分かれば病名・治療内容 ( \_\_\_\_\_ )

## ◆ 診察で必要と判断された場合、注射・点滴(保険内)を希望されますか ( はい ・ いいえ )

## ◆ 自費注射・点滴を希望されますか ※疲労回復や美白・美肌など ( はい ・ いいえ )

## ◆ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )      授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

## ◆ タバコは吸いますか

## ◆ お酒は飲みますか

 吸わない     吸う ( 一日 本ほど )     飲まない     飲む ( 一日 ml ほど )

## ◆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (複数回答可)

<input type="checkbox"/> ホームページ	<input type="checkbox"/> 看板	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介
<input type="checkbox"/> 近所	<input type="checkbox"/> 職場に近い	<input type="checkbox"/> 電柱広告	<input type="checkbox"/> その他( _____ )	

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。