

初診問診票

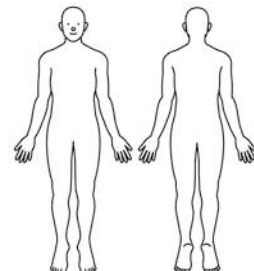
記入日 年 月 日

カルテ No. _____

(フリガナ)	性別	生年月日 (大正・昭和・平成・令和)
氏名:	男・女	年 月 日 才
住所:〒	携帯番号: ()	電話番号: ()

下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい。

① 今日どのようなことで来院されましたか? 来院時体温 _____ °C 身長 _____ cm 体重 _____ kg
月 日 頃より / _____ ヶ月前〜 / _____ 年前〜

<ul style="list-style-type: none"> 発熱 (_____ °C) ・頭痛 ・腹痛 鼻づまり 痰がらみ 血圧が高い 息切れ その他 [_____] 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻水 咳 便秘 動悸 花粉症 	<ul style="list-style-type: none"> けが・関節痛・かゆみ・発疹・いぼ <p>具合の悪い部位に○をつけて下さい。</p> 
---	--	---

② 現在かかっている病気はありますか? (はい [高血圧・心臓病・糖尿病・脳卒中・甲状腺疾患・高脂血症・肝臓病・慢性すい炎・胃潰瘍・がん・呼吸器疾患] / いいえ / その他 (_____) (通院先 (_____)))

【はいの方】 お薬を飲んでいますか? (はい [薬名: _____] / いいえ)
※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

③ 今までにかかった大きな病気、手術、入院したことはありますか? (はい / いいえ)
【はいの方】 (病名: _____) いつ頃 (_____)

④ 何かしらのアレルギーはありますか? (はい / いいえ)
【はいの方】 (薬・食べ物・その他 [_____])
どのような症状がでましたか? (_____)

⑤ 苦手な薬の形、種類はありますか? (錠剤・カプセル・粉・漢方・坐薬・なんでも飲める)

⑥ 嗜好品 タバコ (1日に [_____] 本吸う / 吸わない) / アルコール (1日に [_____] 合 / 飲まない)

⑦ 禁煙外来に興味がありますか? (はい / いいえ)

⑧ 女性の方 最終月経 _____ 月 _____ 日から (・妊娠されていますか? はい [_____] ヶ月 / いいえ)
(・妊娠の可能性がありますか? はい / いいえ)
(・授乳中ですか? はい / いいえ)

⑨ 検査や処置の希望 (_____)

⑩ 何を見て当院をしりましたか?

(ご家族からの紹介 / 自宅・会社が近い / 看板等の広告を見て / 患者様からの紹介
病院なびを見て / その他インターネット・検索サイトを見て [_____])