

# 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 )
氏名:	男 ・ 女	年 月 日 才
住所:〒	携帯番号: ( )	電話番号: ( )

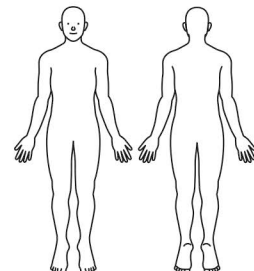
下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい。

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〜

- ・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 [ \_\_\_\_\_ ]
- ・鼻水
- ・咳
- ・便秘
- ・動悸
- ・花粉症
- ・のどの痛み
- ・嘔吐 ・下痢
- ・健診で異常があった
- ・物忘れ ・不眠

・けが・関節痛 ・かゆみ ・発疹 ・いぼ

具合の悪い部位に  
○をつけて下さい。



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 / 友人、知人からの紹介 / 看板を見て / インターネットで調べて  
当院のホームページを見て / その他 [ \_\_\_\_\_ ] )