

初診 問診票

ふりがな
名 前 男 女
生 年 月 日 明治 昭和
大正 平成 年 月 日生 (歳)

住 所

電 話 番 号 携 帯 番 号

緊 急 連 絡 先

ご家族の 携帯電話番号等

 (続 柄)

勤 務 先 熱 °C

① どのようなことでおいでになりましたか？

熱がある 喉が痛い 痰が絡む 咳 鼻水 鼻閉
腹が痛い 下痢 吐気 嘔吐
健康診断でひっかった 予防接種
その他()

それはいつ頃からですか？
(頃から)

② 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

はい(病名) いいえ

③ 現在治療中、服用している薬はありますか？

はい(病名) (病院名)
いいえ

④ 今までに薬を飲んだり、注射を受けた後で、気分が悪くなったり、
身体に発疹が出たりしたことがありますか？

はい (わかれば具体的に)
いいえ

⑤ 生活習慣についておたずねします

a アルコールは飲みますか？
はい いいえ

b タバコを吸いますか？
はい(1日 本) いいえ

c 喫煙歴はありますか？
はい いいえ

⑥ 女性の方にうかがいます。

a 妊娠されていますか？
はい(ヶ月) いいえ 可能性あり

b 現在授乳中ですか？
はい いいえ

⑦ 明細書のご希望はありますか？

はい いいえ

その他、質問等があればお書きください。