

《初めて来院される方の問診票》

令和 年 月 日

フリガナ		性別		大正・昭和・平成
氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住所	〒		(未成年者の場合) 保護者氏名	
電話番号	(自宅)	(携帯)		
身長	cm	体重	kg	体温 °C

1. 本日はどのような症状で受診されますか？ (いつから、どこが、どんな症状)

2. 今までにかかったことのある病気や、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

高血圧・糖尿病・脂質異常 (コレステロール) ・心筋梗塞・狭心症・不整脈・

喘息・肺炎・胃腸の病気・肝臓病・腎臓病・胆石・前立腺肥大・緑内障・がん () ・精神疾患

その他 ()

3. 当院のほかに、通われている病院はありますか？ (はい・いいえ)

医療機関名、何の病気で ()

4. 現在内服されている薬はありますか？ (はい・いいえ) (お薬手帳があればお出してください)

薬剤名 ()

5. 手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

何歳ころ、何の病気で ()

6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

何に対して、どのような症状 ()

7. たばこを吸いますか？ 吸っている・過去に吸っていた・吸ったことがない

「吸っている・過去に吸っていた」方→ (歳から 歳まで 1日 本)

8. お酒を飲みますか？ (飲む・過去に飲んでた・飲まない)

「飲む・過去に飲んでた」方→ (頻度：ほぼ毎日・週に2~3回・月に数回)

9. 女性の方へ→ 現在妊娠されていますか？ または妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

(妊娠 週 ・ か月)

授乳中ですか？ (はい・いいえ) お子様の年齢 歳 か月

10. ご家族 (血縁) で下記の病気の方はいますか？ (はい・いいえ) 《 》にご関係を記入してください。

がん《 》・糖尿病《 》・高血圧《 》・脂質異常症《 》・遺伝性疾患《 》

11. その他気になることがありましたら、お書きください。 ()

* ご記入有難うございました。来院時に受付にお出してください。