初診　問診票 （13歳以上の方）

記入日：令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平　　年　　月　　日
住所　〒　　ー			
電話番号：　自宅		携帯	

現在の体温　（　　℃）

本日はどうなさいましたか？ （当てはまる症状を〇印で囲んで下さい。）

□痛い（□頭　□のど　□胸　□おなか　□背中　□その他（　　））

□熱　□鼻水・鼻づまり　□咳・たん　□吐き気　□胸やけ　□動悸・息切れ　□心臓が気になる　□脈が乱れる

□胃が痛い　□胃がもたれる　□便に血が混じる　□便秘　□下痢　□食欲低下

□尿に血が混じる　□尿が近い　□排尿時に痛みがある　□むくみ　□めまい・ふらつき　□不眠

□皮膚のかゆみ　□湿疹　□血圧が気になる　□健康診断希望　□その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？　約（　　）日・週間・ヶ月・年前

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

□なし　□あり（　　）

現在治療中の病気はありますか？

□なし　□あり（　　）

現在、飲んでいる薬はありますか？　　お薬手帳ありましたらお見せください。

□なし　□あり（　　）

喫煙について教えてください。

喫煙：□吸わない　□吸う（　　本／日X年間　　）例 20本／本日　365日で7300本

飲酒について教えてください。

飲酒：□飲まない　□飲む（週　　日）　※飲む量に〇　1合未満　・　1～2合　・　2合～3合　・　3合以上

量の目安　清酒1合180㎖の目安　ビール中瓶1本約500㎖　焼酎35度80㎖　ウイスキーダブル1杯60㎖

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんがでる）はありますか？

□なし　□あり（　食べ物の名前・薬の種類・薬の名前等教えて下さい。）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または、授乳中ですか？

□なし　□はい（妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

□インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。