

問 診 票(初診)

記入日: 年 月 日

フリガナ: お名前:	生年 月日	年 月 日(才)
性別: 女性 男性		
ご住所:		
電話番号:	体重 kg	
* 該当する項目に○印もしくはご記入ください。		
◎体温: °C		
① 本日どのような症状ですか。	発熱・鼻水・鼻づまり 咳・のどの痛み・たん 下痢・嘔吐・腹痛・頭痛	その他症状: 昨夜の体温 °C・今朝 °C 計っていない
② その症状はいつ頃からですか。	年 月 日頃から	
③ 今まで右記の病気をしたり、検査で異常を指摘されたことがありますか。	1、ある(下記項目に○をしてください) 2、ない 1)高血圧 2)高脂血症 3)糖尿病 4)ぜんそく 5)リウマチ 6)胃潰瘍 7)脳卒中 8)肝疾患 9)膠原病 10)気管支炎 11)狭心症 12)腎疾患 13)緑内障 14)心筋梗塞 15)結核 16)その他()	
治療を受けていますか。	1、はい 2、いいえ	
④ アレルギーはありますか。	1、ある 2、ない *お薬→具体的に: *食べ物→具体的に: *その他→具体的に:	
⑤ 現在飲んでいるお薬はありますか。	1、ある(具体的に:) 2、ない	
⑥ 女性の方へ:現在妊娠していますか。	1、はい(月) 2、いいえ	
⑦ お酒は飲みますか。	1、飲む(毎日・時々 どのくらい) 2、飲まない	
⑧ たばこは吸いますか。	1、吸う 2、吸わない	
⑨ 当院で予防注射を受けたことはありますか。	1、ある 2、ない	
⑩ 他にご希望などが ありましたらお書き下さい。		

ありがとうございました。

下奥多摩医院