



ID:

初診問診票

(内科・外科・整形外科・脳外科・耳鼻咽喉科・泌尿器科・リハビリテーション科)

受付年月日 年 月 日

フリガナ 氏名	□ 男 □ 女		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 (アパート・マンション名:)			
電話番号	ご自宅 () -	携帯	() -	
身長	cm		体重	kg
海外渡航歴	□ なし □ あり 最近の渡航国:			
※予約確認・変更等で連絡させて頂く場合がございますので、連絡がとれる連絡先をご記入ください				

◆ 今日どのような症状で受診されますか？					
◆ その症状はいつ頃からですか？					
◆ 今回の症状がでるきっかけ(原因)と思われるものはありますか？					
◆ その症状について他院を受診したことがありますか？どんな治療をしていますか？				□ はい	□ いいえ
病名:		治療内容:			
◆ 今までにどんな病気をしましたか？					
□ 心臓病 □ 高血圧 □ 腎臓病 □ 肝臓病 □ 糖尿病 □ 胃腸病 □ 緑内障 □ 白内障 □ がん □ アレルギー(ぜんそく・鼻炎・アトピー・じんましん) □ その他()					
◆ 今までに手術を受けられたことはありますか？				□ はい	□ いいえ
手術名(病名):		いつ頃:			
◆ 現在服用しているお薬はありますか？				□ はい	□ いいえ
薬品名:					
◆ アレルギーはありますか？ ある場合はその名前を記入ください。(薬品、食物 等々..)				□ はい	□ いいえ
◆ ペットを飼っていますか？				□ はい	□ いいえ
□ 犬 □ 猫 □ その他:					
◆ 歯を抜いたことがありますか？				□ はい	□ いいえ
◆ アルコール	アルコールを飲みますか？			□ はい	□ いいえ
	アルコールの種類:				
	どのくらい飲みますか: 1日 本 / 合、 □ 毎日 □ 週 日 □ 機会飲酒				
◆ たばこ	たばこを吸いますか。		□ はい	□ 過去に吸っていた	□ いいえ
	※喫煙歴のある方は記入ください 1日 本		喫煙年数 年間(歳頃~)		
◆ (女性の方へ) 妊娠中または授乳期間中ですか。				□ はい	□ いいえ
□ 妊娠中 (妊娠 週) □ 授乳中					
◆ その他希望事項等がありましたらご記入ください。					