

初診問診票

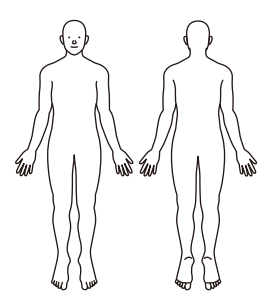
記入日 ____年 ____月 ____日

カルテ No. _____

(フリガナ)	性別	生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成)
氏名:	男 ・ 女	年 月 日 才
住所:〒	携帯番号: ()	電話番号: ()

下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい。

①今日はどのようなことで来院されましたか? 来院時体温 ____℃ 身長 ____cm 体重 ____kg
月 日 頃より / ____ヶ月前～ / ____年前～

<ul style="list-style-type: none"> ・発熱 (____℃) ・頭痛 ・腹痛 ・鼻づまり ・痰がらみ ・血圧が高い ・息切れ ・その他 [] 	<ul style="list-style-type: none"> ・のどの痛み ・嘔吐 ・下痢 ・健診で異常があった ・物忘れ ・不眠 	<ul style="list-style-type: none"> ・鼻水 ・咳 ・便秘 ・動悸 ・花粉症 	<ul style="list-style-type: none"> ・けが ・関節痛 ・かゆみ ・発疹 ・いぼ <p>具合の悪い部位に○をつけて下さい。</p> 
--	---	---	---

②現在かかっている病気はありますか? (はい [高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 甲状腺疾患 ・ 高脂血症 ・ 肝臓病 ・ 慢性すい炎 ・ 胃潰瘍 ・ がん ・ 呼吸器疾患] / いいえ)

【はいの方】お薬を飲んでいますか? (はい [薬名: _____] / いいえ)

※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

③今までにかかった大きな病気、手術、入院したことはありますか? (はい / いいえ)

【はいの方】(病名: _____) いつ頃 (_____)

④何かしらのアレルギーはありますか? (はい / いいえ)

【はいの方】(薬 ・ 食べ物 ・ その他 [_____])

どのような症状がでましたか? (_____)

⑤苦手な薬の形、種類はありますか? (錠剤 ・ カプセル ・ 粉 ・ 漢方 ・ 坐薬 ・ なんでも飲める)

⑥嗜好品 タバコ (1日に [_____] 本吸う / 吸わない) / アルコール (1日に [_____] 合 / 飲まない)

⑦女性の方 最終月経 ____月 ____日から (・ 妊娠されていますか? はい [_____] ヶ月 / いいえ)

(・ 妊娠の可能性がありますか? はい / いいえ)

(・ 授乳中ですか? はい / いいえ)

⑧検査や処置の希望 (_____)

⑨何を見て当院をしりましたか?

(ご家族からの紹介 / 友人、知人からの紹介 / 看板を見て / インターネットで調べて
当院のホームページを見て / その他 [_____])