

(初診) 問診票 ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女) (大正・昭和・平成・令和) _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 住所 _____

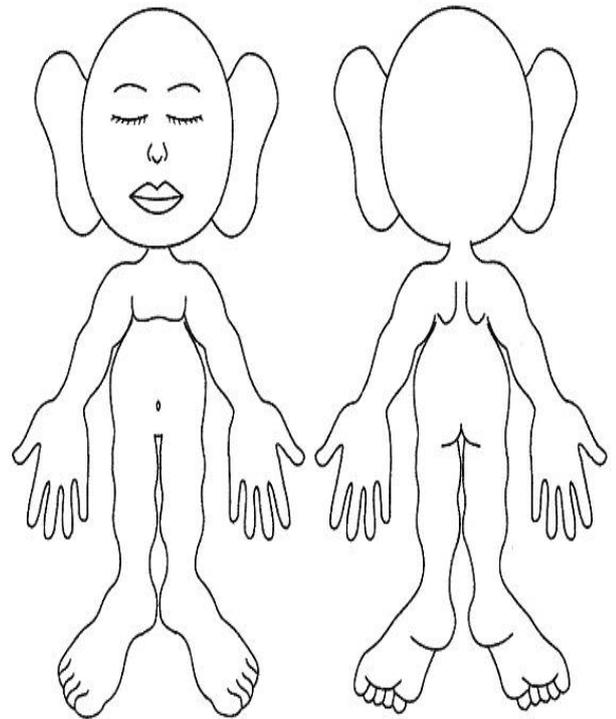
携帯番号 (_____) _____ 電話番号 (_____) _____

下記の項目について記入もしくは○で囲んで下さい

1 症状についてお尋ねします

- ・いつからですか? (_____)
- ・どんな症状がありますか?
かゆい・痛い・赤くなっている
その他 (_____)
- ・周りに医療従事者はいらっしゃいますか?
はい・いいえ
- ・介護をしていますか? はい・いいえ

診てもらいたい部位に
○印をつけてください



右 左 左 右

2. 今までに何か病気をしたことがありますか?

- ある・ない アトピー・喘息・糖尿病・
前立腺肥大・緑内障・脳疾患・肝臓病・腎臓病・
その他 (_____)

3. 現在、どちらかの医療機関に通院していますか?

はい・いいえ (_____) 科

4. 現在、飲んでいる薬、または使用中の薬はありますか?

はい・いいえ (_____)

本日お薬手帳はお持ちですか? はい・いいえ

5. 今までに薬や食品によるアレルギーを起こしたことがありますか?

はい・いいえ

薬品名 (_____) 食品名 (_____)

6. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠していますか? ⇒ いいえ・妊娠中・授乳中・わからない

7. 当院をどちらで知りましたか?

知り合いの紹介・家族・医師の紹介・HP・駅の看板・ネット広告・その他 (_____)

8. その他、何かございましたらお書き下さい (_____)