

初診問診表

フリガナ _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日
明 大
お名前 _____ 様 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
ご住所
〒 _____

ご連絡先
自宅: _____ 携帯番号: _____

診察に来られた理由を教えてください
いつから、どんな症状がありますか？

今まで大きな病気はされましたか？ はい いいえ
それは何歳頃、どんな病気ですか？

手術を受けたことはありますか？
はい(手術名: _____) いいえ
現在、治療中の病気はありますか？ はい いいえ
何歳でどんな病気ですか？

どこでどの病院でどんな治療を受けていますか？

飲んでいる薬はありますか？
はい(薬の名前: _____) いいえ
お薬手帳を持参していますか？
はい いいえ

アレルギーはありますか？
なし あり(薬・食物・造影剤・その他: _____)

嗜好品についてお尋ねします
アルコール: 飲まない 飲む(ビール・日本酒・焼酎・その他 _____)
タバコ: 吸わない 吸う (1日 _____ 本 年間)
以前吸っていた (1日 _____ 本 年間)