

## 初診問診票

以下の問診にお答え下さい。診察の参考にさせていただきます。  
(診療の参考以外に使用することはありません。)

フリガナ  
御氏名： \_\_\_\_\_

自宅住所：〒 \_\_\_\_\_  
(TEL) ( ) \_\_\_\_\_

勤務先名： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_  
(TEL) ( ) \_\_\_\_\_

1. これまで大きな病気をしたことがありますか。(入院、手術など)  
( 年 月)  
( 年 月) 輸血(無・有)
2. 現在治療中の病気がありますか。
3. 現在服用中の薬があれば記入して下さい。
4. 薬のアレルギーはありませんか。(薬をのんで発疹がでた、など)  
無・有(薬の名前： \_\_\_\_\_)
5. ご家族、ご親族に下記の病気の方はいませんか。(○で囲んでください)  
脳卒中 心臓病 心筋梗塞 高血圧 肝臓病  
がん(肉腫) 糖尿病 その他( )
6. 習慣について教えてください。  
タバコ：吸わない 吸う( 才頃より、一日 本ぐらい)  
飲酒：飲まない 時々 毎日