

## 初診問診表

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) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか
2. 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) 輸血の有無 (無 ・ 有)  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)
3. 現在治療中の病気がありますか。
4. 現在服用中の薬はありますか。
5. 薬のアレルギーはありますか。(薬をのんで発心が出た、など)  
無 ・ 有 (薬の名前： \_\_\_\_\_)
6. ご家族、ご親戚に下記の病気の方はいませんか。(○印を)  
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 ( \_\_\_\_\_ )
7. 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