

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。(薬をのんで発疹が出た、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