

IDNO.

## 初診問診票

受診日：

年

月

日

フリガナ		生年月日	性別	現在の体温
氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女	℃
住所				
〒 -				
連絡の取れる電話番号	-	-	本人・家族・その他 ( )	
	-	-	本人・家族・その他 ( )	
職業		身長	cm	体重
				kg

以下の質問にお答えください

## ●今日はどうなさいましたか？該当する項目にチェックをお願い致します。

- 関節リウマチ  指のこわばり  関節の痛み（部位： \_\_\_\_\_ ）  ドライマウス  
 指が青白くなる  喘息  咳  喉の痛み  肺の痛み  胸がゼーゼーする  痰  
 アレルギー検査  鼻づまり  花粉症（スギ・ヒノキ・その他）  健診結果で気になるところがある  
 予防接種（ \_\_\_\_\_ ）  健診  
 その他

## ●この症状はいつからですか？

月 日から/ 年前から

## ●現在治療中の病気はありますか？

- いいえ  はい 病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_  
 病名： \_\_\_\_\_ 医療機関名： \_\_\_\_\_

## ●現在内服中の薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は提示ください

- いいえ  はい 薬名： \_\_\_\_\_

## ●血縁関係のある方の中で次の病気にかかっている人はいますか？

- いいえ  はい  高血圧  糖尿病  脂質異常（コレステロール値が高い）  喘息  リウマチ/膠原病  
 間柄  祖父・祖母  父・母  兄弟  子供

## ●お薬の服用で具合が悪くなる、アレルギー症状を起こすことがありますか？

- いいえ  はい 薬名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

## ●タバコは吸いますか？

- いいえ（一度もない・やめた）  はい \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで 1日 \_\_\_\_\_ 本

## ●お酒は飲みますか？

- いいえ（ほとんど飲まない）  はい（毎日/時々）  
 ビール中瓶1本程度（1合）  それ以上（ \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 程度）

●女性の方：妊娠もしくは授乳中ですか？  いいえ  はい（ 妊娠中/ 授乳中）

- 当院を何で知りましたか？  紹介（他院・知人： \_\_\_\_\_ 様・ご家族： \_\_\_\_\_ 様）  
 HP・SNS  看板・近所・駅から見えた  その他（ \_\_\_\_\_ ）