

初診問診票

記入日： 年 月 日

カルテ№

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
氏名				(歳)
住所	〒		電話番号	自宅 - - 携帯 - -
職業	☐ 会社員 ☐ 学生 ☐ 主婦 ☐ 自営業 ☐ その他 ()			
緊急連絡先	氏名 あなたとの続柄 () 電話番号 - -			

■本日はどうされましたか？当てはまるものにチェック（レ）をつけて下さい。（複数チェック可）

またその症状はいつ頃からありますか？（ 年 月 日頃から）

- ☐痛み【☐頭 ☐のど ☐胸 ☐おなか ☐背中 ☐その他 ()】
☐動悸・息切れ ☐むくみ ☐めまい・ふらつき ☐湿疹 ☐不眠
☐お腹が張る ☐胃もたれ ☐食欲がない ☐胸焼け ☐吐き気
☐体重減少 ☐便通異常 (☐便秘 ☐下痢) → (排便回数： 回/ 日)
☐その他 ()

■現在治療中の病気はありますか？

☐なし ☐あり ①病名： いつ： 、②病名： いつ：

■過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

☐なし ☐あり ①病名： いつ： 、②病名： いつ：

■現在他院で飲んでいるお薬はありますか？（ありの方はお薬手帳を受付にご提示ください）

☐なし ☐あり お薬名： 医療機関名：

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐なし ☐あり ()

■喫煙、飲酒について教えて下さい。

たばこ ☐吸わない ☐吸う (本/日× 年間)

☐禁煙した (歳に禁煙 それまでの喫煙 本/日× 年間)

お酒 ☐飲まない ☐飲む (週 日) 種類 () × 量 (合・ ml)

■血縁の方（親・兄弟・祖父母など）で、がん・生活習慣病になった方はいますか？

☐なし ☐あり ()

■女性の方にお聞きします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性、また授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい【 ☐妊娠中 ☐妊娠の可能性あり ☐授乳中 】

最終月経 (月 日 ~ 月 日)

■当院をどちらでお知りになりましたか？（複数チェック可）

- ☐ホームページ ☐Googleなどの検索エンジン（キーワード： ）
☐知人の紹介（お名前： ） ☐看板を見て ☐通りがかり
☐他医療機関からの紹介（病院名： ） ☐その他 ()

ご協力ありがとうございました。