

# 初診問診票

ID:

ふりがな	生年月日	大正・昭和・平成		
お名前	男・女	年	月	日 歳
ご住所 〒	電話番号	自宅	-	-
		携帯	-	-

1.本日はどうされましたか？（下記の当てはまるものを○で囲んでください）

また、それはいつ頃からですか？（ \_\_\_月\_\_\_日頃から、 \_\_\_日前から、 \_\_\_ヶ月前から）

せき、たん、喘鳴（ゼーゼー）、喉が痛い、発熱、頭痛、関節痛、倦怠感、胸痛、息切れ、鼻水、鼻づまり、くしゃみ、目のかゆみ、胸やけ、腹痛、下痢、吐き気、嘔吐、不眠

その他（ \_\_\_\_\_ ）

2.他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？

はい いいえ

3.今までに、下記の病気を指摘されたことはありますか？

はい（下記の当てはまるものを○で囲んでください） いいえ

高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、脳神経疾患、がん（ \_\_\_\_\_ ）

喘息、COPD、結核、花粉症

その他（ \_\_\_\_\_ ）

4.現在、他の医療機関に通院していますか？

はい（医療機関名： \_\_\_\_\_ 受診日： \_\_\_ / \_\_\_ 治療内容： \_\_\_\_\_）

いいえ

5.現在服用している薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出ください。

はい（薬名： \_\_\_\_\_） いいえ

※マイナ保険証による情報取得に同意いただいた方は、直近1ヶ月以内の処方箋以外省略可。

6.これまでに、薬や食べ物等でアレルギー反応がでたことがありますか？

はい（薬名： \_\_\_\_\_ 食品名： \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_）

いいえ

7.喫煙歴はありますか？

吸っている（1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳～現在）

吸ったことがある（1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳まで）

なし

8.飲酒の習慣はありますか？

毎日飲む 時々飲む →（種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ ml・合） 飲まない

9.女性の方へお伺いします。

妊娠中（ \_\_\_\_\_ 週目） 妊娠の可能性あり 授乳中 該当なし