

# 初診問診票

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）

咳がでる、痰がからむ、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、胸やけ、腹痛、下痢、吐き気、嘔吐、不眠

その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 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（ \_\_\_\_\_ ）

3. 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

4. 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？

いいえ

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

5. 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

6. 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

7. 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