

ID:

# 初診申込問診票

記入日

皆さまの症状をより正確に理解して治療に反映できるよう 問診票の記入をお願いいたします。 K T=

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (才)

現住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ マンション名 \_\_\_\_\_ 号室

自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

住所以外の連絡先 と 名称 (会社・実家など) \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 家族構成 ( ) 人

※年賀状や健康情報を送ってもいいですか? → 希望しない

\* どうなさいましたか? どのような症状ですか? いつ頃から? \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から

(今回の症状で、他のお医者さんに治療を受けている場合も書いてください。)

\* 今回の症状で、市販薬・置き薬を使いましたか? いいえ ・ はい (薬名: \_\_\_\_\_)

\* 今までに、どのような病気・入院・手術がありましたか? ない ・ ある (現在治療中の病気も含む。)

	いつ	病名	病医院名	薬の名前
ある の方				

※お薬の現物やお薬手帳などがあればスタッフにお渡しください。

\* 今までに 薬を飲んだり 注射・処置を受けた後で アレルギー症状や 気分が悪くなったことはありますか?  
いいえ ・ はい → わかれば具体的に (薬名・処置 \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_)

\* 生活習慣についておたずねします。

アルコール 飲まない ・ 飲む ( 1日に \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ ぐらい 週 \_\_\_\_\_ 日 )

たばこ 吸わない ・ 吸う ( 1日に \_\_\_\_\_ 本 ) 禁煙した ( \_\_\_\_\_ 年前から)

睡眠時間 ( \_\_\_\_\_ 時間 ) 身長 ( \_\_\_\_\_ cm ) 体重 ( \_\_\_\_\_ kg )

\* 当院をどこでお知りになりましたか? (当てはまるものに○をつけて下さい。複数可)

ご紹介 ( \_\_\_\_\_ 様より) ・ 近所なので ・ 看板 ・ ホームページ ・ 病院検索サイト ・ iタウンページ  
郵便局の封筒 ・ 地図広告 ・ バスアナウンス ・ 医師会 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* その他 気になること、聞きたいこと、伝えておきたいことがあればお書きください。

\* 女性の方へ \*

生理は? 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経した ( \_\_\_\_\_ 歳 )

妊娠されていますか? いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月・予定日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ・ 妊娠しているかもしれない

授乳中ですか? いいえ ・ はい → 母乳のみ ・ 混合 ( お子様 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ カ月 )