

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。 KT=

フリガナ	
お名前 (男・女)	
生年月日	平成 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 (お名前)
住所以外の連絡先 と 名称 (会社・実家など)	
() 人兄弟・姉妹の() 番目	家族構成 () 人 (名称:) 学校に通っている

※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? いつごろから? 月 日から

1 咳 (のど痛 咳 鼻水 くしゃみ 発熱 °C その他)

2 胃腸 (腹痛 はき気嘔吐 下痢 便秘 その他)

3 肛門 (痛み 出血 腫れ その他)

4 その他 ()

* 現在、他のお医者さんで治療を受けていますか? いいえ ・ はい

はい の方 (病医院名: 病名:)

その医療機関で 薬をもらっていますか? いいえ ・ はい (薬名:)

※お薬の現物や お薬手帳などがあればスタッフにお渡してください。

* 何か市販薬・置き薬を使いましたか? いいえ ・ はい (薬名:)

* ご家族や 学校で 同様の症状の方はいますか?

いいえ ・ はい (誰が どのような)

* これまでに病気・入院・手術がありましたか? いいえ ・ はい ()

* 体に合わない 薬・食べ物がありますか?

いいえ ・ はい → わかれば具体的に (薬名・食べ物 症状)

* 生活習慣についておたずねします。

睡眠時間 (時間) 身長 (cm) 体重 (kg)

女性の方にお聞きます。 生理は? 規則的 ・ 不規則 (歳から)

* 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。