

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 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よろしいですか? → 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

(.....)

(他のお医者さんで治療をうけている場合も書いてください)

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

* 今までに、病気・入院・手術歴はありますか? 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受付にお渡しください

* 今までに、薬を飲んだり 注射・処置をうけた後に 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)

* 花粉症・食物アレルギーはありますか? いいえ・はい ()

* 生活習慣について

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 ・ 看板 ・ ホームページ ・ 病院検索サイト ・ 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)