

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 ・ 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。