

初診・問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日
お名前		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
ご住所	〒	<input type="checkbox"/> 自宅電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話

診察の参考に致しますので、下記の質問にお答えください。解らない項目、答えたくない質問は、空白でも構いません。

1) 本日は、どのような理由で受診されましたか？

.....

.....

2) 上記の症状について、経過を記入して下さい。(いつ頃、どんな時、検査、治療内容、結果)

.....

.....

3) 誘因や原因になることについて、思い当ることがあれば記入下さい。

.....

.....

4) 今までに大きな病気になったことや手術を受けられたことがありますか？

.....

.....

5) 家族で大きな病気にかかったことがある方はいますか？

.....

.....

6) 現在、服用中・外用中の薬（市販薬も含む）はありますか？

ない ある()

7) 薬や注射、食べ物などでかゆみや吹き出物などのアレルギー反応が出たことがありますか？

ない ある()

8) 嗜好について記入して下さい。

喫煙 (本/日)

アルコール 何を () 1回量 () 頻度 ()

薬物 ()

9) その他、医師に伝えたいことがあれば記入して下さい。

.....

.....

.....