

初診問診票

記入日： 年 月 日 カルテNo.

フリガナ		男・女		年	月	日
氏名			生年月日	(歳)		
住所	〒		電話番号	自宅 携帯		
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ()					
緊急連絡先	氏名		あなたとの続柄 ()		電話番号	- -

■本日はどうされましたか？当てはまるものにチェック（レ）をつけて下さい。（複数チェック可）

またその症状はいつ頃からありますか？ (年 月 日頃から)

- 痛み 【頭 のど 胸 おなか 背中 ()】
動悸・息切れ むくみ めまい・ふらつき 湿疹 不眠
お腹が張る 胃もたれ 食欲がない 胸焼け 吐き気
体重減少 便通異常 (便秘 下痢) → (排便回数： 回 / 日)
その他 ()

■現在治療中の病気はありますか？

なし あり 病名： いつ： 、病名： いつ頃：

■過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり 病名： いつ： 、病名： いつ頃：

■現在他院で飲んでいるお薬はありますか？（ありの方はお薬手帳を受付にご提示ください）

なし あり 医療機関名：

■お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ()

■喫煙、飲酒について教えてください。

たばこ 吸わない 吸う (本/日× 年間)
禁煙した (歳に禁煙。それまでの喫煙 本/日× 年間)

お酒 飲まない 飲む (週 日) 種類 () × 量 (合・ ml)

■血縁の方（親・兄弟・祖父母など）で、がん・生活習慣病になった方はいますか？

なし あり ()

■女性の方にお聞きします。現在妊娠中もしくは妊娠の可能性、また授乳中ですか？

いいえ はい 【妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中】
最終月経 (月 日 ~ 月 日)

■当院をどちらでお知りになりましたか？（複数チェック可）

- ホームページ Googleなどの検索エンジン (キーワード：)
知人の紹介 (お名前：) 看板 通りがかり
他医療機関からの紹介 (病院名：) その他 ()

ご協力ありがとうございました。

2023年6月改訂

三上内科