

No. _____

問診票 初診

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

生年月日

氏名 _____ 男・女 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____ 市 _____

電話番号(連絡の取れる番号を必ずご記入ください) (_____)

職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C (発熱症状ある方)

本日はどのような症状で受診なさいましたか、また症状はいつごろから始まりましたか。

症状 _____

時期 _____

その症状について他の医療機関に受診されましたか。 いいえ はい (病名、日時を具体的にご記入願います。) _____

慢性の病気で現在治療を受けていますか。(高血圧・糖尿病・高脂血症など)

いいえ はい (病名 _____)

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。

いいえ はい (病名 _____)

これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことはありますか。

いいえ はい (薬名 _____)

たばこは吸いますか。 いいえ はい (_____ 本/日× _____ 年間) 禁煙した (_____ 年前)

お酒は飲まれますか。 いいえ はい (週 _____ 日)

女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか。 いいえ 妊娠中 可能性あり

新型コロナワクチンは接種されましたか。 計 _____ 回接種済