

初診問診票

ふりがな		年 月 日
氏 名		男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)
住 所	〒	電話 () 携帯 ()
勤 務 先		電話 ()
身長・体重	身長： cm 体重： kg	
体 温	℃ (平熱)	℃
当院を何でお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> 立て看板 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介(紹介者：) <input type="checkbox"/> その他()		

■ 本日受診されたのは、どのような理由ですか(主な症状があれば、それはいつごろからですか)

1. 受診理由

- 熱が高い 咳 痰 だるい 食欲がない 便秘 下痢 吐き気 嘔吐
かゆみ 発疹 腫れ
痛み(頭・のど・胸・腹・その他)
その他
 ()

2. 症状はいつ頃から出ていますか？

■ 治療に必要になりますので、どちらかを○で囲んでください。

- ・ 今まで大きな病気にかかったり、手術を受けたことがある。 (はい・いいえ)
[歳・ 歳・]
- ・ 注射、飲み薬、貼り薬でアレルギー症状が出たことがある。 (はい・いいえ)
[]
- ・ 他の病医院で治療中である。 (はい・いいえ)
[]
- ・ 現在、薬を服用中である。 (はい・いいえ)
[]
- ・ 現在、妊娠中あるいは妊娠の疑いがある。 (はい・いいえ)
- ・ 現在、授乳中である。 (はい・いいえ)
- ・ その他、特記事項がございましたらご記入ください。
[]

尚、問診票に記載して頂いた患者様の個人情報、個人情報保護法に基づいて患者様の診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用致しません。ご協力ありがとうございました。