

# 初診問診票

受診日 年 月 日

体温 ( ) °C ※体温は来院時測定いたします。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( 歳)

男 ・ 女 職業 ( )

今日受診された症状についてお聞きします。

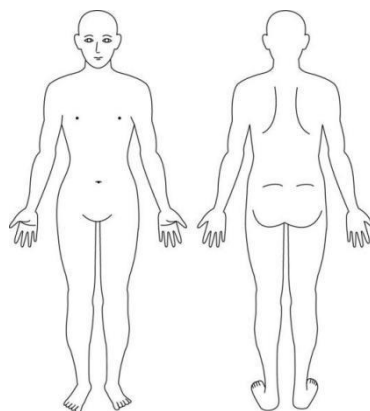
■どんな症状が：

■いつ頃から：

■思い当たる原因は：

■交通事故によるものですか： いいえ ・ はい

■仕事の原因ですか： いいえ ・ はい



▲症状のある部位を図示してください。

以下の項目について教えてください

■アレルギーはありますか 無 ・ 有

■合わない薬はありますか 無 ・ 有

■普段飲んでいる薬はありますか 無 ・ 有

■現在他の病院にかかっていますか いいえ ・ はい

■大きな病気をしたことがありますか いいえ ・ はい

■入院をされたことはありますか 無 ・ 有

■手術を受けたことはありますか 無 ・ 有

■タバコは 吸わない ・ 吸う ( 本/日 × 年間)

■アルコールは 飲まない ・ 飲む

(何を × どれくらい ml × 日/週)

左の各項目が〔有〕または〔はい〕の場合、詳細をお書きください。

女性の方へ

■生理中ですか はい ・ いいえ

■妊娠されていますか はい ・ いいえ ・ わからない

■授乳中ですか はい ・ いいえ

当院を受診されたきっかけについて教えてください

ロコミ ・ 人に勧められた ・ ホームページを見た ・ 近いから ・ その他 ( )

記入者 本人 ・ 代理人 ( ) / 看護師サイン ( )

★他院のお薬を飲んでいる方は受付にお薬手帳をお出してください。

ご記入ありがとうございました。受付へお出してください。

当院では保険証認証システム（保険証の機械読み取り）を導入しています。