【初診問診表】平成　　年　　月　　日 ID

フリガナ			明・大・昭・平　　年　　月　　日生
氏　名		男 女	満　　歳．身長　　cm，体重　　kg
現住所	〒		電話番号：(　　)　　－ 携帯・PHS：(　　)　　－
職業		勤務先名 又は緊急連絡先	電話番号：(　　)　　－

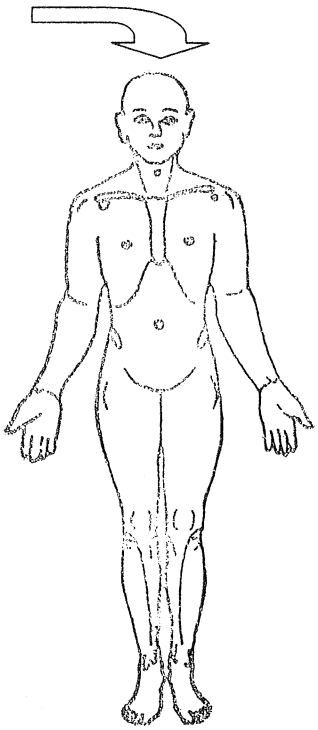
※当院では交通事故（自賠責）・第三者行為による疾病は取り扱いしておりません。ご了承下さい。

● **症状**について下記に記入し、その**場所に印**を付けてください。

いつから
どこが：

どうした：
(症状)

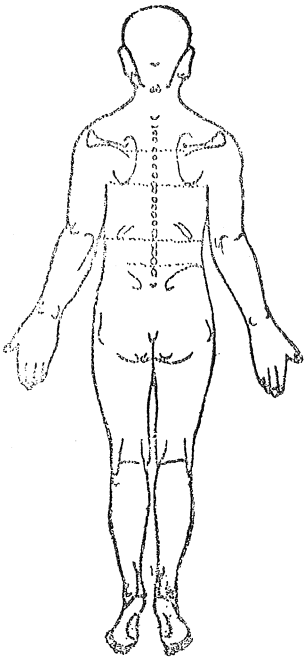
思い当たる原因：



● **大きな病気**や**けが**をしたことがありますか？　[ない・ある]
いつ頃、どんな病気またはけが？　入院，通院など

● 現在、**治療中の病気**がありますか？　[ない・ある]
病名、状態など　（高血圧症，糖尿病，高脂血症･･･）

● 現在、**服用中の薬**がありますか？　[ない・ある]
薬品名：



● **アレルギーをおこしたこと**はありますか？　[ない・ある]
薬，食べ物，麻酔，アトピー，花粉症，喘息（ぜんそく）など　その時の症状は？

● **喫煙**：　本／日，**飲酒**：しない・する（時々，毎日）
● **女性の方**：妊娠の可能性がありますか？　[ない・ある]
● その他、**気になること**や**ご希望**があればご記入ください。
例：検査を希望、注射はいやだ、薬は飲みたくない、おまかせ、などなど

▼ 当診療所を何でお知りになりましたか？　紹介（　　）、電話帳、インターネット、他（　　）
▼ 休診案内等を送ってもよろしいですか？（はい・いいえ）／▼ 労災保険使用の可能性はありますか？（有・無）
▼ 薬は後発医薬品（ジェネリック）を希望されますか？（はい・いいえ）

脈拍：　血圧：　／　体温　℃ SpO2　%

はせがわ診療所