

【初診問診票】

受診日

ID

フリガナ			T・S・H・R・西暦	年	月	日生
氏名	男		身長	cm.	体重	kg
	女					
現住所	〒 -		電話番号:()		-	
			携帯・PHS:()		-	
職業		勤務先名	電話番号:() -			
		又は 緊急連絡先名				

いつから:

どこが:

どうした:
(症状)

思い当たる原因:

(病気・けが・不明・交通事故・労災・被害・他 ())

● 今回の症状で他の病院には行かれましたか？ (はい・いいえ)

〈 紹介状、お薬手帳、画像や採血データなどお持ちなら提出下さい。〉

● 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:

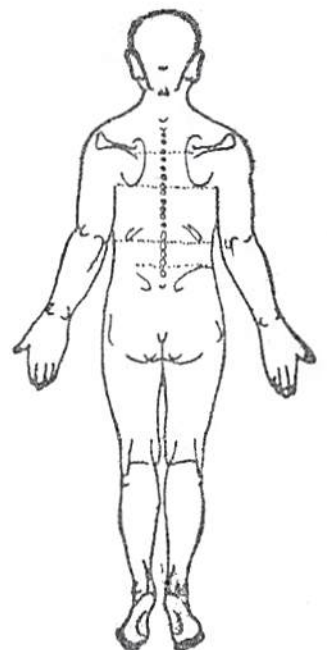
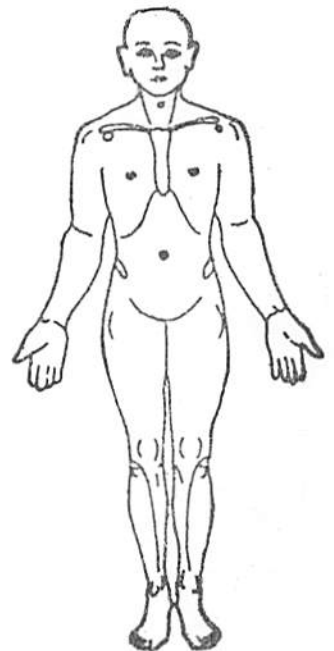
● アレルギーをおこしたことはありますか？ [ない・ある]
薬、食べ物、麻酔、アトピー、花粉症、喘息など ぜんそく その時の症状は？

● 喫煙: 本/日、飲酒: しない・する (時々、毎日)

● 女性の方: 現在、妊娠されていますか？ [はい・いいえ・?]

● 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

症状部位 (赤で図示)



▼ 当診療所を何でお知りになりましたか？ 紹介 ()、インターネット、電話帳、他 ()

脈拍: 血圧: / 体温 °C SpO2 %

はせがわ診療所