

# 問 診 票

受診日 年 月 日

初診の方は、下記の質問にお答え下さい。

フリガナ

氏名 (男・女) 明・大・昭・平成 年 月 日生

〒 住所 電話番号

身長 cm 体重 kg 体温 °C

1. いつ頃からどんな症状でお困りですか？ (  ) でお答え下さい。

いつ頃から \_\_\_\_\_

・発熱 ( °C ) ・腹痛 ・胃痛 ・嘔気 ・嘔吐 ・下痢 ・動悸  
・咽頭痛 ・咳 ・鼻汁 ・喀痰 ・頭痛 ・花粉症 ・関節痛  
その他 ( )

2. 最近の体調はいかがですか？

食欲 (ある・普通・ない) 睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)  
便通 ( 日 回)

3. 嗜好品についてお答え下さい。

酒 ( 1日 合・機会飲酒・飲まない )  
たばこ ( 1日 本喫煙・ ~から禁煙した・喫煙習慣なし )

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)  
月経 (順調・不順) 閉経 ( 才)

5. 今までにかかった病気をご記入ください。またそれはいつ頃 (または年齢) ですか？

病名 ( ) いつ頃 ( )  
( ) ( )  
( ) ( )

6. いままで、薬や食べ物でアレルギーを起こした事がありますか？

はい (原因 ) いいえ

7. よろしければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。

1. 知人の紹介
2. 駅の看板
3. インターネット
4. 前医の紹介
5. 自宅近所なので存在を知っていた
6. 電話帳
7. その他