

初 診 問 診 表

記入日 平成 年 月 日

体温 ℃ 体重 kg (小学6年生までの方ご記入下さい)

ふりがな

お名前 殿

生年月日 T・S・H

お電話番号 ご住所〒

- 今日はどうされましたか？ 現在ある症状に○をして下さい
寒気 節々の痛み 頭痛 のどの痛み 熱 鼻水 せき たん 胃痛 腹痛
めまい 血便 血尿 どうき 胸の痛み 息苦しさ 尿が出にくい 身体がだるい
はきけ 嘔吐(今日 回) 下痢(今日 回) その他に症状があれば書いて下さい
- それはいつからですか

- 点滴の希望はありますか (点滴の受付は昼 12 時まで、夜 6 時まで)
ある ない 診察で相談

- 現在通院しておられる、病院があれば教えてください

- 現在服用されている、お薬があれば教えてください

- 今までかかった大きな病気や、手術があれば教えてください

- ご家族に、糖尿病・高血圧・がん・肝臓病の方がおられましたら教えてください

- 飲酒 喫煙 はありますか？
アルコール () を1日 () タバコ 1日 () 本

- これまでにお薬や食べ物で副作用やじんましんが出た事がありますか？
ある・・・何で出ましたか？ ()
なし

- これまでに、アレルギー体質があると言われた事がありますか？
ある ない

- これまでにお薬を飲んで、胃が悪くなられた事がありますか？
ある ない

●どの部分が悪いですか？

- 女性の方にお尋ねします
◎妊娠はありますか？
わからない 絶対はない 妊娠中
◎授乳はありますか？
ない ある

- この医院をどのようにしてお知りになりましたか？
通り道 近所 看板
知人の紹介・・・どなたでしょうか ()

