

初診問診票

記入日 平成 年 月 日

お手数をおかけします。診療に役立てるため、下記の質問にお答え下さい

フリガナ		性別 : 男 ・ 女
お名前 (旧姓)		
生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日 (歳)		
ご住所 〒 —		
※電話番号 (自宅 ・ 携帯) — —		
※緊急連絡先 (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ その他) — —		
・授乳中ですか? いいえ / はい		・妊娠中ですか? いいえ / はい (週)

1. 本日はどうされましたか?

KT

2. 今までに病気をしたり、手術を受けたことはありますか?

ない ・ ある (病名)

3. 現在、治療中の病気はありますか?

ない ・ ある (病名)
(病院名)

4. 現在、服用しているお薬やサプリメントはありますか?

ない ・ ある (薬剤名)

5. お薬や注射で副作用が出たことはありますか?

ない ・ ある (薬剤名)

6. 食べ物などのアレルギーはありますか?

ない ・ ある (具体例)

7. 喫煙歴はありますか?

ない
ある () 本/日 () 年間 ・ 禁煙した () 年前から

8. お酒 (清酒、焼酎、ビール、洋酒等) を飲む頻度はどれくらいですか?

毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない (飲めない)

9. 女性の方にお尋ねします。

①最終月経 (年 月 日から 月 日まで)

②妊娠の可能性はありますか? いいえ ・ はい ・ わからない

③妊娠・出産の経験はありますか? いいえ ・ はい (妊娠 回/出産 回)

④現在、結婚して (いる ・ いない) ・ 離婚 ・ 死別

ご協力ありがとうございました。

この問診票は診察以外では使用致しません。個人情報保護法に基づいて適切にお取扱いいたします。