

初診問診表（内科）

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな：	生年月日	
		昭和 平成	年 月 日
連絡先	〒	TEL 携帯	

以下の項目についてご記入ください。

*本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 _____ °C)

*いつからですか？ 約 _____ 頃から

*上記の症状で他の病院を受診されましたか？

*現在 通院治療中の病気はありますか？ (無 ・ 有)

有の場合

病名： _____ 病院名： _____

*今までかかった大きな病気・入院の経験はありますか？ (無 ・ 有)

有の場合

病名： _____ 病院名： _____

いつ頃 (約 _____ ケ月前 / 約 _____ 年前)

*現在飲まれているお薬はありますか？ (無 ・ 有)

*本日お薬手帳はお持ちですか？ (無 ・ 有)

*今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？ (無 ・ 有)

有の場合

*たばこ： 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている _____ 本 / 日

*酒： 飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 週 _____ 回) ・ 機会飲酒

*妊娠の可能性： 無 ・ 有 ・ 不明

*授乳中： はい ・ いいえ

*ご職業： 無 ・ 有 (_____)

備考
