

問診票 (初診)

令和 年 月 日

ふりがな
お名前

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) 連絡先

住所 〒

※当てはまる項目に○印をつけるか、ご記入ください。

●本日はどのような症状で来院されましたか。また、それはいつぐらいからですか。

(例: 3日前から咳が夜寝る前になると止まらない)

●現在、熱はありますか。 いいえ・はい (. °C)

●今までにかかった病気はありますか。 いいえ・はい

高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳卒中・がん・緑内障・前立腺肥大・尿路結石

その他 ()

●現在、定期的に内服している薬はありますか。 いいえ・はい ()

※お薬手帳をお持ちの方は省略可。

●アレルギーはありますか。 いいえ・はい ()

●アルコールは飲みますか。 いいえ・はい () 日/週 ・たまに飲む程度

●たばこは吸いますか。 いいえ・はい () 本/日を () 年間

●当院をどちらでお知りになりましたか。(複数回答可)

若草第一病院・他医療機関からの紹介・家族、知人の紹介・電話帳・通りがかり

インターネット(PC・スマホ)・その他 ()

※ (女性の方のみ) ●生理中ですか。 いいえ・はい

●妊娠中ですか。 いいえ・はい・わからない