

初診問診表

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

(1) 本日受診された症状は何ですか。

いつから _____

どこが _____

どのような症状 _____

・上記のことで病院へは行かれましたか？ (はい ・ いいえ)

(2) 今までかかったことのある病気、現在治療中の病気に該当するものがあれば

○で囲んで下さい

| | | | |
|---------------------------|------------------|-----------------|-------------------|
| 高血圧 (_____ 歳) | 糖尿病 (_____ 歳) | 心臓病 (_____ 歳) | 腎臓病 (_____ 歳) |
| 肝臓病 (_____ 歳) | 喘息 (_____ 歳) | 胃腸病 (_____ 歳) | 眠疾患 (_____ 歳) |
| 脳卒中 (_____ 歳) | けいれん (_____ 歳) | がん (_____ 歳) | 静脈血栓症 (_____ 歳) |
| じんましん等のアレルギー疾 (_____ 歳) | その他 (_____) | | |

(3) 今までに受けたことのある手術 _____

(4) 現在服用中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」の方へ 薬の内容がわかるものはお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

(お薬手帳 ・ 薬の説明書 ・ 薬)

血液をさらさらにする薬 (抗血栓薬 ・ 抗凝固薬) を服用していますか？

(はい ・ いいえ)

(5) 食品・薬品 (注射や点滴を含む) などで、何らかの異常 (発疹・気分不良・ショックなど) を起こしたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

| 食品名・薬品名 | 症 状 |
|---------|-----|
| | |
| | |
| | |

(6) アルコール類 _____ / 日 たばこ _____ / 日 (吸い始め _____ 歳から)

(7) 本日の朝食は食べていますか？ (はい ・ いいえ)

(8) 女性の方へ 「妊娠中または可能性は」 _____ (はい ・ いいえ)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(9) 診断書、紹介状希望 _____ 有 ・ 無

(10) 車、バイクなど運転して来院されていますか？ (はい ・ いいえ)

(11) ご相談 ・ ご質問があればお書き下さい