

初診問診票

受付年月日： 年 月 日

フリガナ

氏名（ ） 生年月日（大・昭・平・令 年 月 日）

郵便番号（ ） 住所（ ）

電話番号（ ） 携帯番号（ ）

本日来院された理由をお書きください（いつから、どのような症状か、具体的にお書きください。）

（ ）
（ ）

現在治療中の病気はありますか（ある・ない）

（病名： ） 何年前から： 薬品名：（ ）

（病名： ） 何年前から： 薬品名：（ ）

過去に大きな病気、または入院するような病気はありましたか（ある・ない）

（病名： ） いつ頃：（病名： ） いつ頃：（ ）

タバコを吸いますか（吸う・元々吸わない・やめた）

（1日の本数： ） 何年喫煙していますか： 年（ ）

お酒を飲みますか（習慣的に飲む・飲まない・付き合い程度）

（酒の種類： ） 量： 週何日：（ ）

アレルギーはありますか（ある・ない・わからない）

（ぜんそく・鼻炎・花粉症・アトピー・金属・その他 ）

今までに、薬や注射で副作用が出たことや、合わないと思ったことはありますか（ある・ない）

（どのような副作用でしたか： ）

女性の方のみ、現在妊娠や授乳はしていますか（いいえ・妊娠中・授乳中）

当院を知ったきっかけは何ですか（ホームページ・道の看板・バスの放送・たまたま通りかかった・

知人の紹介→差しつかえなければ教えてください：（ ）

医師の希望はありますか（男性医師希望・女性医師希望・どちらでもよい）

お聞きになりたいことがありましたら自由にお書きください

（ ）