

初診時間診票

記入日： 年 月 日

この用紙は、これからの診察を適切に行うための問診票です。

おわかりになる範囲で結構ですので、ご記入をよろしく願いいたします。

フリガナ：

氏名： (男・女) 生年月日： ^S_R 年 月 日 (歳)

フリガナ：〒

住所：

電話番号： 職業： 体温： °C

携帯番号： 身長： cm 体重： kg

(1) 本日は、おもにどのような症状で来院されましたか。(複数回答可)

いつ頃から ()

症状	発熱 頭痛 咽頭痛 胸痛 胸焼け 動悸 息切れ めまい 心窩部痛(みぞおちの痛み)
	胃もたれ 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 便秘 咳 痰 鼻水 鼻詰まり
	無呼吸 いびき 日中の眠気 その他 ()

(2) 現在、治療中の病気はありますか。ある場合は傷病名の記入をお願いします。

1. いいえ 2. はい ()

(3) 今までに病気やケガで入院したり、手術を受けられたことがありますか。

1. いいえ 2. はい ()

(4) 現在、服用中のお薬はありますか。

1. いいえ 2. はい ()

(5) アレルギーはありますか。 1. いいえ

2. はい	食物 () 薬 ()
	花粉症 () ダニ ハウスダスト
	アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 喘息 その他 ()

(6) 健康診断で異常がありましたか。

1. いいえ 2. はい (異常項目：)

3. 受けていない

(7) たばこはお吸いになりますか。

1. いいえ 2. はい (1日 本くらい)

3. 以前は吸っていたが、今はやめている (以前は、1日 本くらい 歳まで)

(8) お酒はお飲みになりますか。

1. いいえ 2. 機会飲酒程度

3. はい (ビール 焼酎 日本酒 ワイン その他 () 1日 mlくらい)

(9) 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか。

1. いいえ 2. はい (渡航先： 渡航期間：)

