

初診問診票

お名前 [ ] 様

○本日受診された病状についてお答えください。  
いつごろから症状がありましたか。？

どのような症状がありますか？

○今まで大きな病気をされたことがありますか？

はい 年齢( )歳 病名( )  
年齢( )歳 病名( )  
年齢( )歳 病名( )

いいえ

○現在治療中の病気はありますか？

はい→( )歳から 病名( )  
通院中の病院名( )

いいえ

○現在内服中のお薬はありますか？

はい→薬剤名( )

いいえ

○今まで薬によるアレルギーはありましたか？

はい→薬剤名( )

いいえ

○(女性の方へ)妊娠または妊娠をしている可能性がありますか？授乳中ですか？

はい →(妊娠 週)

いいえ

授乳中→(生後 ヶ月)

○嗜好品について

喫煙 する →( )歳から1日 ( )本

しない

やめた→( )歳～( )歳まで1日 ( )本

アルコール 飲まない 飲む(種類 量 頻度 )