

初診問診票

記入日 年 月 日 ID: _____

ふりがな
お名前 _____ 性別 (男・女) 年齢 _____ 才

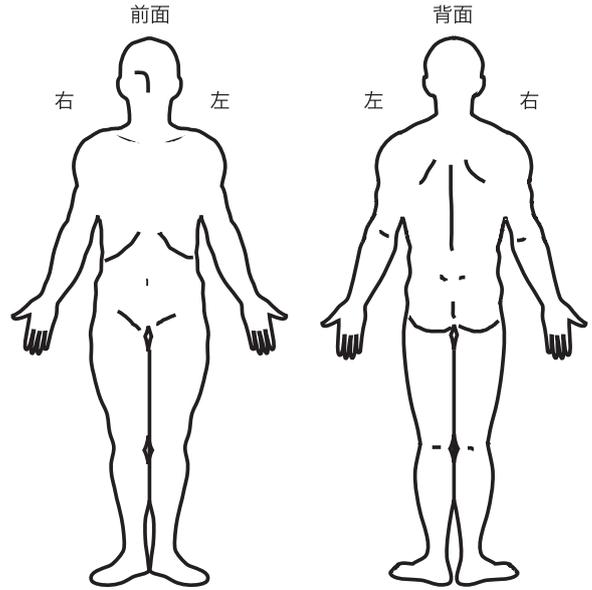
生年月日 S・M・T・H 年 月 日 電話番号 () _____

住所 〒 _____

職業 _____

◆今日はどこをみてもらいたいですか？

診察希望箇所に印を付けてください。



◆いつ頃からですか？

◆症状・お怪我はどのような状況で起きましたか？

◆過去にぜんそくの症状はありますか？

・ある ・ない

◆今までに次の疾患や大きな病気で治療を受けたことがありますか？

疾患 ・糖尿病 ・高血圧 ・受けたことがない ・その他 ()

◆今までに手術を受けた事がありますか？整形外科以外もお書き下さい。

・ある () ・ない

◆現在服用中のお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方は、お出してください。

・薬品又は病名 () ・飲んでいない

◆注射、お薬でアレルギー等が起きたことはありますか？

・ある () ・ない

◇女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠中（妊娠の可能性が有る） ・はい ・いいえ

または授乳中ですか？ ・はい ・いいえ

◆その他、何かありましたらご記入下さい。