

初診問診票

記入日 年 月 日 ID _____

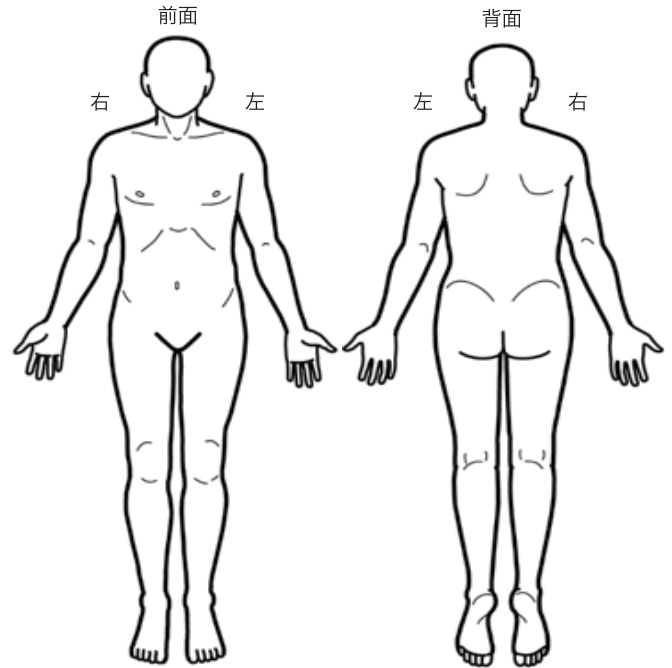
ふりがな
お名前 _____ 性別（男・女） 年齢 _____ 才

生年月日 S・M・T・H・R 年 月 日 電話番号（ ） —

住所 〒 _____

職業 : _____

※診療希望箇所に印を付けてください。



◆今日はどこを診てもらいたいですか？

◆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？
・心疾患 ・糖尿病 ・高血圧 ・その他（ ） ・ない

◆今までに手術を受けたことがありますか？ 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、お出しください。
・ある（ ） ・飲んでいない

◆注射、お薬でアレルギー等がおきたことはありますか？
・ある（薬名： ） ・ない

◆今日は、紹介状・画像（CD-Rなど）はお持ちですか？
・はい ・いいえ

◇女性の方にお尋ねします。妊娠中（妊娠の可能性有）ですか？ ・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。

