℃

初診問診表

ふりがな		男・女	郵便番号	
氏　　名			住　　所	
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		Ｔ　Ｅ　Ｌ	

〇今日はどうされましたか？

・発熱：（　　度）・鼻水　・咳　・のどの痛み　・頭痛　・嘔吐・吐き気　・寒気　・体のだるさ

・のどの痛み　その他（　　）

・それはいつからですか？（　　）日前　・　１週間前　（　　）ヶ月前

〇内服中の薬はありますか？　　（　はい・いいえ　）

お薬の名前（　　）

〇食べ物・お薬など、アレルギーはありますか？（　ある　・　ない　）

・何のアレルギーですか？　（　　）

・何歳頃から、どのような症状ですか？

（　　）歳頃から　症状（　　）

〇今までかかったことのある大きな病気（手術も含む）や、治療中の病気はありますか？（　ある　・　ない　）

以下空欄にご記入ください。　例：４０歳頃　大腸ポリープ

〇飲酒はされていますか？（　する　・　しない　）

どれくらいの頻度ですか？：（　機会があれば　・　週に２～３日　・　週５日以上　）

〇喫煙はされていますか？（　する　・　しない　）

（　　）歳頃から　１日（　　）本程度

禁煙をご希望されますか？（　はい　・　いいえ　）

〇妊娠の可能性はありますか？　（　はい・いいえ　）

最終月経日（　　月　　日～　　月　　日　）

〇その他、気になることがあればご記入ください。