

問診票（初診時）

必須

記入日： 年 月 日

フリガナ		(性別)	(生年月日)			
氏名		男・女 □・□	大・昭・平・令 □・□・□・□	年	月	日
住所	〒 -					
電話番号		身長	cm	体重	kg	
お子様受診時 (親御さん)	氏名		連絡先		続柄	

1. 必須 本日はどのような症状でお越しになりましたか？（該当箇所に✓「複数回答可」）

- 発熱 せき のどの痛み 鼻水 吐き気 頭痛
 めまい 動悸 腹痛 血圧が高い 健診で要検査

（その他： _____ ）

2. 必須 その症状はいつ頃からですか？（健診者以外は必須）

- 今日 いつ頃（ _____ ） 昨日 いつ頃（ _____ ）
 何日前 いつ頃（ _____ ）

3. 必須 現在内服されている薬はありますか？

- いいえ
 はい → お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい。

（薬剤名： _____ ）

4. 治療中の病気や今までにかかったことがある病気はありますか？（該当箇所に✓「複数回答可」）

- なし
 あり（ 高血圧 糖尿病 高脂血症 ぜんそく 肝臓病 腎臓病 ）

（その他/病名： _____ ）

5. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

- なし
 あり（何に、どのような症状： _____ ）

6. 女性の方へ

現在妊娠中ですか？ はい いいえ 不明

● 医師にお伝えしたいこと、検査の希望など

（ _____ ）

※ご協力ありがとうございました。