初診の方への問診票

ID　　令和　　年　　月　　日

フリガナ お名前		性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日	年齢	歳
住所	〒		
電話	自宅	携帯	
身長　　cm　体重　　kg　本日の体温　　℃		ご職業	

■本日は、どうなさいましたか？一番お困りのことは何ですか？

■症状や経過についての質問です。（どのような症状が、いつ頃から始まり、どこの医療機関に受診し、またそれが有効であったか？など思い出せる範囲で記載して下さい。）

■今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かを（　　）にご記入下さい。

□喘息　（　　頃）　□肺炎　（　　頃）　□結核　（　　頃）　□高血圧（　　頃）
□肝臓病（　　頃）　□腎臓病（　　頃）　□糖尿病（　　頃）　□脳卒中（　　頃）
□がん　（　　頃）　□心臓病（　　頃）　□その他（病名：　　）

■今までに手術の経験はありますか？

□なし　□あり　病名：
いつ頃：

■輸血を受けたことはありますか？　□いいえ　□はい

■薬のアレルギーはありますか？　□なし　□あり（　　）

■食べ物のアレルギーはありますか？　□なし　□あり（　　）

■現在飲んでいる薬はありますか？　□なし　□あり
（薬品名：　　）

■たばこ　□吸わない　□吸う　□過去に吸っていた（１日　　本/約　　年間）
お酒　□飲まない　□飲む（１日　　程度）

■女性の方へ　・妊娠の可能性はありますか？
□なし　□わからない　□あり：最終月経は（　　月　　日）　□閉経している。
・授乳中ですか？　□はい　□いいえ

■受診の経緯は？　□他院からの紹介（　　）　□ホームページを見て
□家族・知り合いからの紹介　□通りがかった　□電柱広告
□その他（　　）

しらいわ内科・リウマチクリニック