

# 初 診 問 診 票

|      |              |    |      |    |      |   |   |
|------|--------------|----|------|----|------|---|---|
| ふりがな |              |    |      |    | 性別   | 男 | 女 |
| 氏名   |              |    |      |    | 職業   |   |   |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令・西暦 | 年  | 月    | 日  | ( )歳 |   |   |
| 住所   | 〒            |    |      |    |      |   |   |
| 電話番号 |              |    | 携帯電話 |    |      |   |   |
| 体温   | ℃            | 体重 | kg   | 身長 | cm   |   |   |

1. 今日はどうのような症状、理由で受診されましたか？

それはいつ頃からですか？( \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時頃)

2. 今までに以下のような病気にかかったことがありますか？かかっていますか？

高血圧、糖尿病、高脂血症、狭心症・心筋梗塞、不整脈、脳梗塞、脳出血、ぜんそく、  
がん( \_\_\_\_\_ )、緑内障、前立腺肥大症(男性の方)、その他( \_\_\_\_\_ )

3. 普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (薬の名前や種類: \_\_\_\_\_ )

4. お酒、アルコールを飲みますか？

いいえ はい ( 週( \_\_\_\_\_ )回、(種類: \_\_\_\_\_ を1日 \_\_\_\_\_ ml くらい)

5. タバコを吸っていますか、吸ったことがありますか？

いいえ はい (1日 \_\_\_\_\_ 本を \_\_\_\_\_ 年間くらい、 \_\_\_\_\_ 年くらい前にやめた)

禁煙を考えていますか？

いいえ はい

6. 薬や食べ物、ペットなどにアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬( \_\_\_\_\_ ) 食べもの( \_\_\_\_\_ )  
花粉、その他( \_\_\_\_\_ )

7. 漢方薬を飲みますか(におい、味など苦手ではありませんか)？

飲める 飲めない

8. (女性の方に)妊娠していますか？ はい ( \_\_\_\_\_ か月) ・ 分からない ・ いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

9. 診察、検査について、薬の事など、御意見、御希望があれば、自由にお書き下さい。