

No. _____

初 診 申 し 込 み 用 紙

年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年 月日	昭和 平成、令和 年 月 日 () 歳 男・女
住所	〒
連絡先	自宅 () 携帯 ()
緊急連絡先	() 続柄 ()

問 診 表

以下の質問に出来るだけお答え下さい。気分がすぐれず、ご自分で記入できない場合は、受付にお申し出下さい。

今日はどうされましたか。症状を具体的にご記入下さい。
また、その症状はいつ頃からですか。

()

10日以内に海外旅行をされましたか。

・ない ・ある (国名:)

現在治療中の病気、服用しているお薬はありますか。(市販薬等)

・ない ・ある (病名、薬の名前等:)

今までに大きな病気で入院、手術をしたことがありますか。

・ない ・ある ()

今までに薬、注射、食べ物でアレルギー反応を起こした事がありますか。

・ない ・ある (薬の名前等:)

ご家族の方で下記の病気にかかった方がおられますか。

糖尿病・高血圧・脳卒中・喘息・心臓病・肝臓病・リウマチ

その他 ()

酒類はお飲みになりますか。

・いいえ ・はい (を 杯・本・合/日)

たばこは吸われますか。

・いいえ ・はい (/日)

〔女性の方へ〕

現在妊娠中ですか。 ・いいえ ・はい (ヶ月)

現在授乳中ですか。 ・いいえ ・はい (日から)