

## 初診問診票

(受診日 令和 年 月 日)

氏名( ) 職業( )

身長 cm / 体重 kg ( ) ヲ月で( ) kg 増えた・減った

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？(痛みがある場合は、その部位もお書きください)

[ ]

2. この症状で現在、あるいは過去に他の病院で治療を受けていますか？( はい ・ いいえ )

「はい」の方 病名( ) 病院名( )

薬を(飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名( )

3. 今までにかかった病気や大きなケガはありますか？ ( はい ・ いいえ )

高血圧  脳卒中  糖尿病  心臓病  腎臓病  肝臓病

胃・十二指腸潰瘍  喘息  その他 ( )

4. 現在、他の病院やクリニックでかかられていますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」の方 病名( ) 病院名( )

薬を(飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名( )

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」の場合、原因の薬剤や食べ物は ( )

6. 嗜好品についてお答えください。

アルコール ( 飲む (種類と飲酒量 /日) ・ 機会飲酒程度 ・ 飲まない )

たばこ ( 吸う ( 本/日) ・ 以前吸っていたが ( ) 才からやめた ・ 吸わない)

7. 介護認定を受けておられますか？ ( はい ・ いいえ )

8. (女性の方のみお答えください)

妊娠中ですか？ ( はい ・ いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

月経 ( 順調 ・ 不調 ) 最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 )

閉経 ( 才)

レントゲンをとる場合がありますが、妊娠の可能性はありますか？

( はい ・ いいえ ・ わからない )

9. 他院からの紹介状や健診(検診)結果などはありますか？ ( はい ・ いいえ )

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

ホームページ・SNS・Google Map・病院検索サイト[caloo(カルー)・病院ナビ・その他]

知人や家族から聞いて・近所のため・ご近所ドクター

コミュニティーバス広告・バスアナウンス・その他 ( )

ご協力ありがとうございました。順番がきましたら、お呼びいたしますのでお待ちください。