

初診問診表

フリガナ	性別	ご職業
お名前	男 女	
生年月日 T S H R	年	月 日 才
住所 〒		
電話番号	()	—
携帯番号	()	—

1. 今日はどのような症状でこられましたか？

2. それはいつごろからですか？

3. 現在飲んでおられるお薬はありますか？ ある ない
お薬の名前：

4. 今までにかかった病気はありますか？ ある ない
ぜんそく、緑内障、前立腺肥大 など
その他 病名：

5. 今までに手術を受けられたことはありますか？ ある ない
どのような手術ですか？

6. 薬、食べものでアレルギーはありますか？ ある ない
ある場合 何ですか？

7. タバコを吸われますか？
吸わない 吸う → 1日 () 本 () 年間

8. お酒は飲まれますか？
飲まない 飲む (ビール 日本酒 その他 1日量は)

9. 女性の方におたずねします
現在 妊娠されていますか？ はい (妊娠 週) いいえ
現在 授乳中ですか？ はい いいえ