

初診時間診票(成人) ☆赤で大きくハッキリとご記入ください

おわかりになるところだけでも結構ですのでご協力をお願い致します。
この問診票はカルテに保存され、みなさまのより良い診療に役立てたいと思います。

フリガナ お名前	お電話() (男・女)(携帯)
ご住所 県 市・町・村	
生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日・年齢	才・体重 kg

今回のご様子についておたずねします。

体温	℃
----	---

① 本日はどのようなことを心配されて受診なさいましたか？

1、	(日・週間・ヶ月)前頃から
2、	(日・週間・ヶ月)前頃から
3、	(日・週間・ヶ月)前頃から
4、	(日・週間・ヶ月)前頃から
<input type="checkbox"/> ぜんそくが心配 <input type="checkbox"/> 花粉症が心配 <input type="checkbox"/> アトピーが心配 その他：	

② 当院受診前に、他の医院を受診されましたか？

しない した

☆現在お飲みになっているお薬はありますか？

ない ある(定期的に・今回のみ)：

③ 今までに次のような病気にかかったことがありますか？

ぜんそく アトピー・アレルギー・じんましんなど(具体的に：
 血圧が高い 腎臓病 心臓病 肝臓病
 糖が高い・糖尿病 ひきつけ・てんかん その他()

④ 上記以外に何かご病気に罹られたり、手術をうけたことがありますか？

いいえ はい (病名：)・わからない

⑤ 今までにお薬でからだに異常を来たしたご経験はありますか？

いいえ はい (薬品名：)・わからない

⑥ ご家族に次のようなご病気をお持ちの方はおられますか？

ぜんそく じんましん
 アトピー・アレルギーといわれた(皮膚炎 花粉症 じんましん 薬剤)
 結核 肝炎 その他 ()

⑦ 女性の方にお伺い致します。現在妊娠されていますか、その可能性がありますか？

いいえ はい (現在 週・ヶ月 わからない

⑧ その他 特にご心配されていること・相談したいことはありますか？