

日ノ下医院 初診問診票

フリガナ		性別	生年月日	年	月	日
氏名		男・女				
住所	〒					
電話	自宅		携帯			
緊急連絡先	氏名：	ご本人との関係		電話番号		
身長	cm	体重	kg	体温	℃	

1. 今日どのような症状（問題）で受診されましたか？（いつから、どこに、どのような症状）

2. これまでにかかった病気や治療中の病気はありますか？ はい いいえ

- 高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 胃腸の病気 腎臓病
- 脳卒中 肺疾患 喘息 精神疾患 膠原病（リウマチなど）
- がん（どこの癌？ _____）
- その他 _____

3. 手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

何歳頃、何の病気で → _____

4. 現在、内服している薬はありますか。 はい いいえ お薬手帳があればお出し下さい。

薬剤名 → _____

5. 薬や食べ物、アルコールなどにアレルギーはありますか？ はい いいえ

「はい」の方 → 何によりどのような症状が出ましたか _____

6. たばこを吸っていますか。 吸っている 過去に吸っていた 吸ったことがない

吸っている/吸っていた方 → _____ 歳から _____ 歳まで（今まで）、 1日 _____ 本

7. お酒を飲みますか？ 飲む 過去に飲んでいた 飲まない

飲む/過去に飲んでいた方 → お酒の種類 _____ 1回量 _____

飲む頻度 ほぼ毎日 週____回 月に数回程度

8. 女性の方へ：現在妊娠していますか？または妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

現在、授乳中ですか？ はい いいえ

9. ご家族（血縁）で下の病気の方はいますか？ はい いいえ *「はい」の方は下に記入

()に間柄や癌の部位を記入 → がん(_____ 、 _____ 癌) 高血圧(_____)

糖尿病(_____) 脂質異常症(_____) 遺伝性疾患(_____)

10. 新型コロナワクチンを過去に接種されましたか？ はい いいえ *「はい」の方は下に記入

過去に何回？ _____ 回、直近の接種日 最新の接種 _____ 月 _____ 日、最後の前 _____ 月 _____ 日

11. 当院はどのようにしてお知りになりましたか？（複数回答可）

- インターネット チラシ 知人から(_____) 家族から 自宅の近所
- 医院の前を通りかかって 他院から(_____) その他(_____)