

初診者問診票

姓名 _____

I. どうなさいましたか？主たる症状、具合の悪い点を以下にお書きください。
どこが、どのように

いつからですか？

思い当たる原因は？

その他の受診理由：がん検診・健康診断・精密検査・その他（○印、その他の場合は以下に）

ほかにお尋ねになりたいことはありますか？

II. 現在治療中の病気、過去の大きな病気、手術、大けがなどについてうかがいます。（時期は
〇〇年前、または、〇〇歳時でお答えください。なしの場合は未記入）

服用中の薬剤（薬手帳、薬剤情報書持参の場合はそれを提出してください）

アレルギーはありますか？ なし・あり（○印、ありの方は以下に）

薬剤の場合、薬剤名とその症状／時期、食物、その他の場合、食品と症状／時期

1か月以内の海外渡航歴はありますか？ なし・あり（○印、ありの方は以下に）

III. 嗜好

タバコ：吸わない・吸う（○印、吸う場合1日の本数 _____ 本）

アルコール：定期的に飲まない・週に1~2回・隔日程度・週に1~2回休む・ほぼ毎日
（○印、飲む場合1日の酒量 _____ ）

（機会飲酒の酒量 _____ ）

IV. 女性の方に伺います。

妊娠していますか？ いいえ・はい（満 _____ ヶ月）・していないが、希望あり（○印）

授乳中ですか？ いいえ・はい（○印）

ご協力ありがとうございました。