

初診問診票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日		
氏名			大・昭和・平・令 年 月 日		
住所	〒				
電話番号					
1. 当院をどちらでお知りになりましたか？(複数選択可)					
<input type="checkbox"/> 近くに住んでいる <input type="checkbox"/> 近くに勤務している <input type="checkbox"/> 近くに学校がある <input type="checkbox"/> インターネット → <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> iタウンページ <input type="checkbox"/> 病院検索 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 家族、知人の紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> 荒川区報 <input type="checkbox"/> 荒川区医師会 <input type="checkbox"/> 当ビル広告 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> その他()					
2. 本日はどうなさいましたか？(複数選択可)					
<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> つかえる感じ <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> お腹が張る <input type="checkbox"/> 胸が苦しい <input type="checkbox"/> 胸がドキドキする <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 健康診断・人間ドック <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 <input type="checkbox"/> 大腸カメラ希望 <input type="checkbox"/> プラセンタ療法 <input type="checkbox"/> 二次検診 <input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> その他()					
3. 症状は、いつごろからですか？					
()					
4. 現在までにかかったことがある、または治療している病気はありますか？					
いいえ・はい 病名()					
医療機関名()					
5. 現在使っている薬はありますか？					
いいえ・はい 薬品名()					
6. いままで食べ物や薬で具合が悪くなったことや、アレルギーが起こったことはありますか？					
いいえ・はい 食品名() 薬品名()					
7. ご家族の方でご病気の方がいらっしゃいますか？					
どなたが？: 祖父・祖母・父・母・兄弟・子供					
病名()					
8. お酒は飲みますか？					
飲まない・飲む 週 回数程度、お酒の種類: 、量 杯程度					
9. タバコは吸いますか？					
吸わない・吸っていたことがある・今も吸っている 1日 本、年間					
10. 女性の方へお伺いします					
妊娠中(はい・いいえ)		妊娠の可能性(はい・いいえ)		授乳中(はい・いいえ)	
その他相談したいことなどがあれば、自由にお書きください					
()					