初診問診票

年　月　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭和・平・令　年　月　日		
氏名					
住所	〒			職業	
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）

☐近くに住んでいる　☐近くに勤務している　☐近くに学校がある

☐インターネット → ☐当院 HP　☐Doctors file　☐病院なび　☐荒川区医師会　☐Google Map

☐医療情報ネット『ナビイ』　☐その他（　　）

☐家族、知人の紹介　☐他院からの紹介　☐荒川区報　☐当ビル広告　☐電話帳

☐その他（　　）

2. 本日はどうなさいましたか？（複数選択可）

☐腹痛　☐吐き気　☐嘔吐　☐つかえる感じ　☐胸やけ　☐食欲低下　☐下痢　☐便秘　☐血便

☐お腹が張る　☐胸が苦しい　☐胸がどきどきする　☐発熱（　℃）　☐せき　☐のどの痛み

☐鼻水　☐頭痛　☐むくみ　☐めまい・ふらつき　☐しびれ

☐健康診断・人間ドック　☐予防接種　☐胃カメラ希望　☐大腸カメラ希望　☐プラセンタ療法

☐二次検診　☐にんにく注射　☐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. いままでに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

（　　）