

初 診 問 診 票

ふりがな		生 年 月 日	明治 昭和 年 月 日 生 大正 平成
氏 名	男 女	電 話	自宅 () - 緊急連絡先(携帯など) () -
住 所	〒 -		

※待合室の自動血圧計にて血圧を測定し、この問診票と共に外来受付にお渡しください。

※内科及び泌尿器科受診の方は、採尿室で検尿してお待ち下さい。

◆はじめにお伺いします (該当するものにチェックをお願いします)。

- ・ 紹介状はありますか？ いいえ はい (CD-R あり : フィルムあり)
- ・ 交通事故ですか？ いいえ はい
- ・ お仕事中的お怪我ですか？ いいえ はい

1. 症状についてお聞きします。

1-1. 主な症状にチェックをお願いします。

- (内科) せき たん 熱 鼻水 頭痛 めまい 吐き気
腹痛 下痢 便秘
- (泌尿器科) 頻尿 乏尿 排尿困難
- (外科) 外傷等 (部位:) その他 ()
 (整形外科) 痛み (部位:) しびれ (部位:)
その他 ()

1-2. それはいつ頃からですか？ 最近 (日前) 以前より (年 月頃より)

2. 既往や現在服用中のお薬等についてお聞きします。(該当するものにチェックをお願いします)

2-1. 現在治療中のものがありますか？

- 糖尿病 高血圧 心臓疾患 脳卒中 ぜんそく 腎疾患 精神疾患
その他 ()

2-2. 今までにかかった病気やお怪我について、該当するものがあればお答えください。

- がん (部位:) 結核 その他骨折など ()

2-3 内服中のお薬があればご記入ください。

()

2-4. お薬手帳はお持ちですか？ はい いいえ

2-5. アレルギーはありますか？

- なし: あり - お薬 () 食べ物 () その他 ()

2-6. (女性の方のみ) 現在、妊娠している可能性はありますか？

- している (ヶ月) 授乳中 していない わからない

病院記入欄:

KT=