

外来初診受付および問診票

令和 年 月 日

フリガナ		明・大・昭・平	性別
お名前	生年月日	年 月 日(歳)	男・女
自宅住所	(〒 -)		
電話番号	携帯:TEL ()	勤務先:TEL ()	

*** 必ず、緊急時にご連絡が取れる電話番号をご記入ください。**

KT=

本日 ・ 昨日 ・ () 日前から ・ () 週間前から ・ () ヶ月前から

※今、1番気になる症状に◎を、それ以外で気になるものに○を付けて下さい。

- ・咳
- ・喉が痛い
- ・痰
- ・鼻水
- ・頭痛
- ・発熱 °C
- ・嘔気・嘔吐
- ・胃痛
- ・動悸
- ・胸痛
- ・息切れ
- ・めまい
- ・胸の圧迫感
- ・腹痛
- ・下痢
- ・血便
- ・便秘
- ・頻尿
- ・排尿痛
- ・血尿
- ・発疹
- ・蕁麻疹
- ・しびれ
- ・むくみ
- ・お腹の張り
- ・食欲不振
- ・花粉症
- ・その他()

・**現在、他の病院で治療を受けていますか？(お薬をのんでいますか？)**

いない ・ いる → (病名:)
 飲んでいるお薬 (薬名:)
 かった病院名 ()

・**今までにかかった病気の有無を○で囲んでください。**

なし 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 生活習慣病
 癌 ・ 喘息 ・ うつ ・ その他()

・**血縁の方で下記のような病気をされた方がいらしたら○で囲んでください。**

高血圧・脳卒中・心臓病・がん・糖尿病・片頭痛・婦人科疾患・その他
 どなたが？ 父・母・祖父・祖母・兄弟 /その他病名 ()

・**食物・薬剤・その他アレルギーはありますか？**

ない ・ ある → どんなものに？()
 どのような症状ですか？()

・**入院をしたことはありますか？**

ない ・ ある → 病名() ・ いつごろ()

・**現在妊娠していますか？**

ない ・ ある → (ヶ月) ・ 可能性あり → (最終月経 月) ・ 授乳中

・**お酒は飲めますか？ タバコは吸われますか？**

飲まない ・ 飲む → (週 ・ 月に 回くらい)
 吸わない ・ 吸う → (1日約 本) ・ 以前は吸っていた

・**日常生活で気になる症状があれば○で囲んでください。**

慢性疲労 ・ 肥満 ・ 更年期障害 ・ ストレス ・ 不眠 ・ うつ ・ 貧血 ・ 生理不順
 花粉症 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 冷え性 ・ ED ・ 薄毛 ・ その他()

・**その他なにかご希望があればお書き添えください。(例 血液検査希望)**

・**最後にどちらで当院をお知りになりましたか？**

紹介(様) ・ パンフレット ・ ホームページ ・ 自宅に近い
 天王洲アイルにお勤め(会社名) ・ その他()