

# 初診問診票

( )

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男 女	大・昭・平 年 月 日
ご住所 〒 ( )	電話	— —
	携帯	— —

本日の体温 °C

以下、該当する□にチェックをお願い致します

## ■本日はどうなさいましたか？

- |                               |                             |                                  |                              |                              |                               |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱   | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 便に血が混じる | <input type="checkbox"/> 胸やけ | <input type="checkbox"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 食欲低下 |
| <input type="checkbox"/> かぜ症状 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> おなかの痛み  | <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 頻尿  | <input type="checkbox"/> だるさ  |
| <input type="checkbox"/> その他  | [ ]                         |                                  |                              |                              |                               |

■いつからですか？ ( )

■ご希望がございましたら 血液検査 胃カメラ 大腸カメラ エコー 健診 点滴・注射  
チェックをお願いします。 その他 ( )

■現在の病気 なし あり → 高血圧 高脂血症 逆流性食道炎 不整脈 胆石  
糖尿病 慢性胃炎 胃・十二指腸潰瘍 心臓病 喘息  
その他( )

■過去にかかった大きな病気 なし あり → [ ]

■現在の内服薬 (お薬手帳あればご提示下さい) なし あり → [ ]

■食物・薬アレルギー なし あり → [ ]

■喫煙 禁煙 なし あり → 1日( )本、( )年間

■飲酒 なし あり → 週( )日・機会飲酒 種類・量( )

■妊娠・授乳(女性の方) なし あり → 妊娠( )カ月

■当院をお知りになった ご家族・知人からのご紹介 ホームページ 通りがかり  
きっかけ(複数回答可) 他医療機関からのご紹介 インターネット 看板広告

当院スタッフ記入欄

BH: \_\_\_\_\_ cm, BW: \_\_\_\_\_ kg, BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, P: \_\_\_\_\_ /min