

# 初 診 問 診 票

ふりがな					性別	男	女
氏名					職業		
生年月日	明・大・昭・平・令・西暦	年	月	日	( )歳		
住所	〒						
電話番号			携帯電話				
体温	℃	体重	kg	身長	cm		

1. 今日はどうのような症状、理由で受診されましたか？

それはいつ頃からですか？( \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 午前・午後 \_\_\_\_\_時頃)

2. 今までに以下のような病気にかかったことがありますか？かかっていますか？

高血圧、糖尿病、高脂血症、狭心症・心筋梗塞、不整脈、脳梗塞、脳出血、ぜんそく、  
がん( \_\_\_\_\_ )、緑内障、前立腺肥大症(男性の方)、その他( \_\_\_\_\_ )

3. 普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい (薬の名前や種類: \_\_\_\_\_ )

4. お酒、アルコールを飲みますか？

いいえ はい ( 週( \_\_\_\_\_ )回、(種類: \_\_\_\_\_ を1日 \_\_\_\_\_ ml くらい)

5. タバコを吸っていますか、吸ったことがありますか？

いいえ はい (1日 \_\_\_\_\_ 本を \_\_\_\_\_ 年間くらい、 \_\_\_\_\_ 年くらい前にやめた)

禁煙を考えていますか？

いいえ はい

6. 薬や食べ物、ペットなどにアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬( \_\_\_\_\_ ) 食べもの( \_\_\_\_\_ )  
花粉、その他( \_\_\_\_\_ )

7. 漢方薬を飲みますか(におい、味など苦手ではありませんか)？

飲める 飲めない

8. (女性の方に)妊娠していますか？ はい ( \_\_\_\_\_ か月) ・ 分からない ・ いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

9. 診察、検査について、薬の事など、御意見、御希望があれば、自由にお書き下さい。