

# 初診時の問診票

くらまえ川畑診療室

氏名	ふりがな	生年月日	西暦 年 月 日 (昭和・平成 年) 歳
自宅住所	〒	連絡先 自宅/携帯	☎
会社名		会社連絡先	☎

◆本日の受診目的は？

かぜ症状    腹部症状    慢性疾患    健康診断の再検査    その他 ( )

◆本日の受診での、ご希望を教えてください

薬の処方    検査    相談    紹介状    その他 ( )

◆症状を教えてください

(熱のある方:体温 °C)

いつから？	症状は？ (できるだけ具体的に書いてください)

現在の症状に チェックしてください	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲低下
----------------------	---

◆薬剤や食品のアレルギーはありますか？

なし    あり→具体的に書いてください

◆現在治療中の病気あるいは過去に指摘されたことがある病気について教えてください

緑内障    気管支ぜんそく    糖尿病    前立腺肥大    心臓病    脳卒中  
 その他 ( )

◆普段飲んでいる薬はありますか？

なし    あり→具体的に書いてください

◆入院や手術をしたことはありますか？

なし    あり→具体的に書いてください

◆喫煙および飲酒の習慣について教えてください

喫煙	<input type="checkbox"/> 過去に習慣的な喫煙はない	<input type="checkbox"/> 過去に喫煙の習慣あり	<input type="checkbox"/> 現在、習慣的に喫煙している
		1日 平均__本 ×__歳 ~__歳	
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲酒しない	<input type="checkbox"/> 機会があれば飲酒する	<input type="checkbox"/> 現在、習慣的に飲酒している
		具体的な飲酒量は？	

◆女性の方にお聞きします    妊娠中    妊娠の可能性あり    授乳中    いずれも該当しない

◆当院受診のきっかけは？    ネットで調べた    近くに勤務    当院で健診    知人の紹介