

初診問診票

お名前 [] 様

○本日受診された病状についてお答えください。
いつごろから症状がありましたか。？

どのような症状がありますか？

○今まで大きな病気をされたことがありますか？

はい 年齢()歳 病名()
年齢()歳 病名()
年齢()歳 病名()

いいえ

○現在治療中の病気はありますか？

はい→()歳から 病名()
通院中の病院名()

いいえ

○現在内服中のお薬はありますか？

はい→薬剤名()

いいえ

○今まで薬によるアレルギーはありましたか？

はい→薬剤名()

いいえ

○(女性の方へ)妊娠または妊娠をしている可能性がありますか？授乳中ですか？

はい →(妊娠 週)

いいえ

授乳中→(生後 ヶ月)

○嗜好品について

喫煙 する →()歳から1日 ()本

しない

やめた→()歳～()歳まで1日 ()本

アルコール 飲まない 飲む(種類 量 頻度)