

初診問診票

記入日	年 月 日	カルテID :		
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大・昭・平・令
氏 名	前回と変更がある場合 → 旧姓 :			年 月 日 (歳)
※ お呼びする際、お名前でお呼びしてもいいですか？ はい ・ いいえ				
住 所	〒			
電話番号				

① どのような症状がありますか？
② 症状はいつからですか？（例：〇月〇日から）
③ 今までにかかったことのある病気や、現在治療中の病気はありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 高尿酸血症 ☐ 心疾患 ☐ 喘息 ☐ 肝炎 ☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 脳卒中 ☐ がん ☐ その他（ ））
⑤ 手術を受けたことはありますか？（何歳ごろ、何の病気で） ☐ なし ☐ あり（ ）
④ 現在、飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳があれば診察室でお出してください） ☐ なし ☐ あり（ ）
⑥ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり（ ）
⑧（けがで受診された方へ）通勤途上・工作中・交通事故でのけがに該当しますか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ☐ 通勤途上 ☐ 工作中 ☐ 交通事故）
⑨（女性の方へ）現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ☐ 妊娠中 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中）
⑩ 治療を受けるうえで、ご希望があればご記入ください