

# 初診問診票

年 月 日

フリガナ  
氏名

男 女

住所 〒 \_\_\_\_\_

都 道  
府 県

区 市  
町 村

電話番号〔自宅〕 ( \_\_\_\_\_ ) 〔携帯〕 ( \_\_\_\_\_ )

生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

体重(小児のみ) \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

アレルギー(薬 \_\_\_\_\_ 食 \_\_\_\_\_ 無)

今日はどうされましたか？

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み 頭痛 腹痛  
吐き気 おうと 下痢 便秘 食欲がない 腰痛 息苦しい  
からだがだるい めまい ふらつく 血圧が高い 紹介状持参  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

それは、いつからですか？

そのことで、どちらの医師の診断を受けましたか？ (はい・いいえ)

病院名

病名及び服薬中のお薬

今までにかかった、大きな病気はありますか？