

初診問診票

年 月 日

フリガナ			性別	生年月日		
氏名			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)	
住所	〒 -					
TEL	携帯	-	-	自宅	-	-

1. 本日はどうなさいましたか？

症状があり来院

発熱のある方は体温を記入してください (°C)

()

胃カメラや大腸カメラを希望 → お手数ですが内視鏡問診表の記入をお願いします。

その他 ()

2. 現在治療中の病気を教えてください

(通院中の病院・医院名)

特になし

糖尿病

高血圧

高脂血症

心疾患

脳血管障害

肝疾患

腎疾患

呼吸器疾患

癌 (癌)

その他 ()

3. 過去に入院や手術を受けたことはありますか？

いいえ

はい ()

4. 飲んでいる薬を教えてください

(お薬手帳を出して頂ければ記入する必要はありません)

()

5. アレルギーはありますか？

なし

あり ()

6. 女性の方にお聞きします

妊娠していますか？

いいえ

わからない

はい

授乳中ですか？

いいえ

はい

7. その他何かありましたらご記入ください

()