初診　問診票

※ 診療の参考となりますので、ご記入下さい。　　記入年月日　　年　月　日

かな		生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日（　　才）
氏名	男 女		
住所	〒　　－	電話 携帯	

15才以下の方はお薬の都合上、体重をお知らせください：＿＿＿＿＿＿ Kg

● 本日受診することになったおもな症状は何ですか？

いつごろから？　　どのような症状が？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 他に何かご心配なことやご相談があれば、具体的にご記入下さい。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● これまでにかかったおもな病気や手術はありますか？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 薬や食べ物でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？

あり⟶薬や食べ物の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　なし

● 現在内服している薬はありますか？

あり⟶薬の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　なし

● たばこを吸いますか？

吸う⟶＿＿＿＿本/日　　吸わない

● 現在妊娠していますか？

している⟶＿＿ヶ月　　していない

● 授乳していますか？

している⟶＿＿ヶ月　　していない

● 薬の希望について伺います。

1. 診察や検査の結果で、最適な薬・処方箋が欲しい
2. いつももらっている薬・処方箋が欲しい（薬の名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
3. できるならば薬は飲みたくない
4. その他、薬に対する希望やお考えがあればお書きください（例：漢方薬希望、粉薬がよい　等）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

● 検査の希望について伺います。

1. 納得できるまで、検査をして調べて欲しい
2. あまり検査は受けたくないが、必要であれば検査を受ける
3. 検査は大きな病院で受けたいので、当院では不要