

初診問診票

記入日 年 月 日

カルテ No.

(フリガナ)	性別	生年月日 (大正・昭和・平成)
氏名:	男・女	年 月 日 才
住所:〒	携帯番号: ()	電話番号: ()

★下記の問いに該当するものに○を、または記入をして下さい★

① 今日はどうなことで来院されましたか?

月 日 頃より 体温 _____ °C

発熱・頭痛・腹痛・鼻水・鼻づまり・咽頭痛・咳・嘔吐・下痢

② 今回、特に受けたい検査や処置がありますか? (はい / いいえ)

【はいの方】 (内容: _____)

③ 現在かかっている病気はありますか? (はい / いいえ)

【はいの方】 お薬を飲んでいますか? (はい [薬名: _____] / いいえ)

④ 今までにかかった大きな病気、入院したことはありますか? (はい / いいえ)

【はいの方】 (病名: _____)

⑤ 今までに体に合わない薬はありましたか? (はい / いいえ)

【はいの方】 薬名: _____

どのような症状が出ましたか? (_____)

⑥ 苦手な薬の形、種類はありますか? (錠剤・カプセル・粉・漢方・坐薬・何でも飲める)

⑦ 何を見て当院を知りましたか?

(ご家族からの紹介 / 友人、知人からの紹介 / 看板を見て /
インターネットで調べて / 当院のホームページを見て)