



おとなの初診問診票

今日の体温 _____ °C (当院で測定します)



フリガナ		生年月日	T/S/H/R	年	月	日
お名前		年齢・性別	才 男・女			
住所	〒	身長	cm	体重	kg	
		お電話				

◆本日はどうされましたか？

- 発熱 咳 鼻水 のどが痛い おう吐 下痢 腹痛 倦怠感
そのほか()

◆いつ頃からですか？()

◆希望される検査や処置があれば教えてください。

- 血液検査 レントゲン写真 インフルエンザウイルス検査 いびき外来
心電図 ホルター心電図 動脈硬化検査 禁煙外来
そのほか()

◆現在治療中の病気、または、過去に治療の受けた大きな病気はございますか？

- ない
ある
糖尿病 高血圧 心臓疾患 ぜん息 脳卒中 そのほか()

◆現在の飲んでいるお薬があれば教えてください。お薬手帳をお持ちであれば記載は不要です。受付にお渡してください。 ない ある()

◆過去に食べ物やお薬でアレルギーを指摘されたことはありますか？

- ない ある→具体的に()

◆女性の方:現在妊娠中ですか？ はい いいえ

◆そのほか、気になることはございますか？(例:いびき etc.)

- 来院のきっかけ ホームページ インターネット検索 Facebook
看板・通りすがり 家が近所 人からの紹介 そのほか()

ご記入ありがとうございました。