

初診問診票

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生
氏名			年齢	(才)	
住所	〒 — —				
電話	自宅 — —	携帯	— —		
代筆者		身長	[] cm	体重	[] kg
				当院での熱	[] °C

※本日の受診理由を教えてください。

- 診察 特定健診 健康診断 インフルエンザ・ワクチン 肺炎球菌・ワクチン

① 診察のかた、いつ頃からですか？ []

② 理由・症状・その他 []

③ 熱は出ていますか？
 出ている [] °C
 出ていない

※普段の状態を教えてください。

① 現在通院中の医療機関はありますか？

ある → 病院名 []
薬名 []

なし

② 過去の既往歴を教えてください。

入院歴 []
その他治療歴 []

③ 5年以内に健康診断や人間ドックなどを受けていますか？

はい → 何か指摘されていることがあればご記入ください。
[]

いいえ

④ 当院 (刈屋胃腸科(含む)) はい → ()年前ぐらい
受診歴はありますか？ いいえ

⑤ 右記の病気がありますか？

緑内障 はい いいえ
前立腺肥大 はい いいえ

⑥ 現在、妊娠中あるいは授乳中ですか？

妊娠中 授乳中 いいえ

⑦ タバコは吸われますか？ 吸う → 1日()本 ()歳から
 やめた → ()歳で
 吸わない

⑧ お酒は飲まれますか？

飲む → ビール・焼酎・ウイスキー・ワイン・日本酒
頻度 → 毎日 [] 週([] 日) 月([] 日) 年([] 日)
 やめた → ()歳で
 飲まない

※裏ページあり ↓