

初診の方の問診票

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
お名前		電話番号				
住所	〒:					

いくつか質問します。診察の役に立ちますのであてはまる番号に○をつけてください。かっこの中もわかることは書いてください。

☆今回の受診の目的は何ですか？

1. 病気を診てもらおう。(主な症状、病名：)
2. 健康診断・精密検査
3. ワクチン・予防接種 (ワクチン名：)
4. 禁煙外来

☆今までにアレルギーを起こしたお薬はありますか？

1. はい (お薬の名前：)
2. いいえ

☆今治療中の病気はありますか？

1. はい (病気の名前：)
2. いいえ

☆今まで大きな病気や手術をしたことがありますか？

1. はい (病気や手術の名前：)
2. いいえ

☆たばこを喫いますか？

1. はい (1日 本× 年)
2. いいえ

☆飲酒はしますか？

1. はい (毎日、時々； 1日量 位)
2. いいえ