

初診問診票

カルテ番号

年 月 日

ふりがな		生年月日
氏名	男・女	年 月 日
住所	〒	TEL () -

1. どうされましたか？ いつごろからですか？ () ころから)
(症状に○をしてください。なければ具体的に書いてください)

- ・熱が出た()度
- ・あたまが痛い
- ・めまいがする
- ・耳鳴りがする
- ・手足が動かしにくい
- ・鼻水が出る
- ・せきが出る
- ・たんが出る
- ・息がしにくい
- ・胸が痛い
- ・のどが痛い
- ・脈が乱れる
- ・胸が苦しい
- ・息が切れる
- ・おなかが痛い
- ・おなかがはる
- ・吐き気がする
- ・吐いた(回/日)
- ・便秘している
- ・便に血が混じる
- ・肛門が痛い
- ・下痢(回/日)
- ・小便のとき痛い
- ・小便が赤い
- ・小便が出ない
- ・小便が多い
- ・授乳中
- ・妊娠中もしくは可能性あり
- ・()が痛い
- ・()に「しこり」がある
- ・()に湿疹
- ・()がかゆい
- ・()をけがした

その他(具体的に)

2. 現在、何か病気があり、治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)
ありましたら具体的に書いてください

3. 過去に何か大きな病気で治療を受けましたか？ (はい ・ いいえ)
ありましたら具体的に書いてください(いつごろ、どのような病気で)

4. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
ありましたら具体的に書いてください(どのような薬で、どのような副作用がでたか)