

# 初診問診票 内科・皮膚科

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正・昭和 平成・令和 年 月 日
連絡先	〒	TEL : 携帯 :
被保険者との関係	本人・家族・その他 ( )	

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■受診希望科 ( 内科 ・ 皮膚科 )

■当院はどのようにしてお知りになりましたか？ (インターネット・紹介・他 )

■本日はどうなさいましたか？ 具体的に (いつから？ どの部分？ どんな症状？)

(体温 °C)

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ( )

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり { 糖尿病・高血圧・高脂血症・ぜん息・前立腺・緑内障  
その他 ( )  
いつ頃 (約                      ヶ月前/約                      年前)

現在治療中： (医療機関： )

■現在飲まれているお薬はありますか？ ある場合はお薬手帳をコピーさせてください。

・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ( )  
※サプリメントも飲まれていたらご記入下さい。

■アレルギーをおこす食品・禁止されているお薬はありますか？

・なし ・あり (薬：                      食品：                      その他： )

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている：                      本/日 (                      ~                      歳)

■酒：飲まない・飲む：毎日・週 (                      ) 回・機会飲酒 (種類：                      飲酒：                      )

■妊娠の可能性：                      あり                      ・                      なし                      ■授乳中：                      はい                      ・                      いいえ

■平熱                      °C