# 内科初診時問診票

ご記入日　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | T/S/H/R　　年　　月　　日<br>（　　）歳 |
| お名前 | | 性　別 | □男性　　□女性 |
| ご住所 | 〒 | 自宅電話 | |
| | | 携帯電話 | |
| 当院から連絡しても良いご連絡先 | □自宅電話　□携帯電話（ □午前　□午後　□　　時～　　時 ） | | |

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答え下さい

**●来院された主な理由を教えてください**

□相談・治療　□健診　□診断書　□検査　□その他（　　）

**●どのような症状ですか？**

発症日：　　月　　日から

□のどの痛み　□胸の痛み　□腰の痛み　□関節の痛み
□腹痛　□下痢　□便秘　□痔
□吐き気　□おうと　□食欲がない
□息苦しい　□だるい　□めまい　□ふらつく
□不眠　□いびき　□手足のむくみ
□血圧が高い　□高脂血症　□高コレステロール　□高尿酸血症
□花粉症　□喘息　□健診で引っかかった

※上記の症状に当てはまらない場合はこちらへご記入下さい

［　　］

**●現在治療中の病気はありますか？**

□なし　□ある →（　　）

**●今までに、病気、入院、手術をされたことはありますか？**

□なし　□ある →（　　）

**●今、飲んでいるお薬はありますか？**

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。お薬手帳を受付にお出しください。

□なし　□ある →（　　）

**●薬や食べ物のアレルギーはありますか？**

□なし　□ある→（　　）

**●女性の方へ**

妊娠の有無　□なし　□あり　　授乳中ですか？　□いいえ　□はい

＊ご記入ありがとうございました。