

# 初 診 問 診 票

ふりがな				(男・女)
氏 名				
生年月日	T・S・H・R	年	月	日 ( 歳)
住 所				
電 話 番 号	自 宅 ( )	—		
	携 帯 ( )	—		
緊急連絡先	自 宅 ( )	—		
	携 帯 ( )	—		
身長	cm	体重	kg	体温 ℃

## □ 内 科

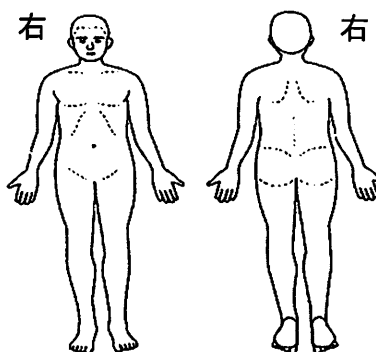
### ☆ 症 状

発熱・のどの痛み・せき・たん  
 鼻水・関節の痛み・頭痛・腹痛  
 吐き気・おうと・下痢・便秘  
 食欲不振・腰痛・頻尿・息苦しい  
 めまい・身体がだるい・ふらつき

### ☆ 健診での再検査

### ☆ その他の症状 ( )

## □ 皮 膚 科



### ☆ 症 状

水イボ・湿疹・虫さされ  
 水虫・できもの・ニキビ  
 アトピー性皮膚炎・かゆみ  
 蕁麻疹・带状疱疹

\*次に当てはまる場所に○をつけて下さい。

・今までに大きな病気をしたことがありますか。( はい 病名 ( ) いいえ )

・今通院中の病気がありますか。( はい 病名 ( ) いいえ )

・現在使っている薬はありますか。( はい・いいえ ) (お薬手帳提示で記載不要)

薬剤名

( )

・今まで薬や注射でアレルギー・体調不良になったことがありますか。( はい・いいえ )

薬剤名

( )

・食 欲 ( よい・ふつう・わるい )

・睡 眠 ( よい・ふつう・わるい )

・便 通 ( よい・ふつう・わるい )

・タバコ ( すう 1日 本 ・ すわない )

(女性のみ)

・生 理 ( ある・ない・不順 )

・現在妊娠していますか。( はい ヶ月 ・ いいえ )

・現在授乳中ですか。( はい・いいえ )