

# 初 診 問 診 票

ふりがな				職 種
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 °C

## □ 内 科

### ☆ 症 状

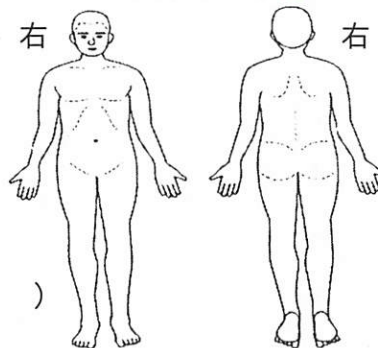
発熱・のどの痛み・せき・たん  
 鼻水・関節の痛み・頭痛・腹痛  
 吐き気・おうと・下痢・便秘  
 めまい・身体がだるい・ふらつき

### ☆ 健診での再検査

### ☆ その他の症状 ( )

## □ 皮 膚 科

※ みてもらふ場所に必ず○をつけてください。



### ☆ 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。

- ・今までに手術をしたことがありますか。( はい 病名 ( ) いいえ )
  - ・今までに入院をしたことがありますか。( はい 病名 ( ) いいえ )
  - ・今までに次の病気をしたことがある人は、○をつけて下さい。  
 ( はしか・みずぼうそう・三日ばしか・アトピー性皮膚炎・じんましん・ぜんそく・花粉症・糖尿病・高血圧 )
  - ・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 ( )
  - ・現在使っている薬はありますか。( はい・いいえ ) (お薬手帳があれば提示ください)  
 薬剤名 ( )
  - ・食 欲 ( よい・ふつう・わるい )
  - ・便 通 ( よい・ふつう・わるい )
  - ・ 酒 ( 毎日・時々・のまない )
  - ・ 睡 眠 ( よい・ふつう・わるい )
  - ・ タバコ ( すう 1日 本・すわない )
  - ・ コーヒー ( のむ 1日 杯・のまない )
- (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 )