

# 初 診 問 診 表

記入日 年 月 日

ふりがな  
お名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

〒

ご住所：練馬区 \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

体温 ( . °C)

- ① 本日はどのような症状で受診されましたか？  
(いつからなのか・どんな症状なのか、どういう症状でお困りなのか  
できるだけ詳しくお書きください。)

- ② 現在服用している薬はありますか？

病名	薬名	治療施設名
( )	( )	( )
( )	( )	( )

③ 既往歴があれば、○で囲ってください。

- 心 臓 (高血圧・不整脈・狭心症・心筋梗塞・心雑音・その他) )  
消化器 (潰瘍・胃炎・肝炎・脂肪肝・膵炎・胆石・その他) )  
呼吸器 (喘息・慢性気管支炎・肺気腫・気胸・その他) )  
感染症 (結核・蓄膿症・中耳炎・リウマチ熱・その他) )  
内分泌・代謝 (甲状腺・糖尿病・高脂血症・その他) )  
血 液 (貧血・輸血・静脈血栓症・その他) )  
尿路系 (尿路結石・慢性腎炎・膀胱炎・腎盂腎炎・その他) )  
筋骨格 (関節炎・腰痛・膠原病・その他) )  
神 経 (けいれん・脳梗塞・クモ膜下出血・その他) )  
アレルギー (花粉症・アトピー・食物アレルギー・その他) )  
その他 (腫瘍・目・皮膚・耳・その他) )

④ 手術歴 治療施設名

- ( ) ( ) )  
( ) ( ) )

⑤ 健診歴・・・受けたことのある検査を○で囲って、最後に受けた年をご記入ください。

例) 胃カメラ (2008年)

- 胃カメラ ( ) ・大腸カメラ ( ) ・便潜血 ( ) ・子宮がん検診 ( )  
乳がん検診 ( ) ・CT 検査 (胸・腹など) ( ) その他 ( )

⑥ アレルギーはありますか？

ない

ある 薬剤 ( )

食物 ( )

その他 ( )

⑦ 喫煙

吸わない

吸っている⇒1日 ( ) 本

吸っていた⇒ ( ) 歳から 1日 ( ) 本

⑧ 飲酒

飲まない

付き合い程度

よく飲む 種類 ( )

( ) 回/週 1日あたり ( ) 合・ml

⑨ 運動

しない

する ( ) 回/週 ( ) 時間/1回

⑩ 休養・睡眠

とれてる

不十分 (睡眠時間 時間)

⑪ 今後の治療について、心配事や相談したいことがありますか？

[ ]

⑫ 家族歴・・・血縁のあるご家族で、該当するものの横に続柄をご記入ください。

(例：高血圧 祖父)

高血圧 ( )・糖尿病 ( )・がん (種類 続柄 )

甲状腺疾患 ( )・喘息 ( )・心筋梗塞 ( )

脳血管障害 ( )・偏頭痛 ( )

ありがとうございました。

ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。