

通常初診の問診票

氏名() 年齢() 性別()
住所()
電話番号()

① 今日は何の症状でいらっしゃいましたか
()

② 今まで病気にかかったことはありますか
糖尿病 高血圧症 高脂血症 心臓病 肝臓病 腎臓病 喘息
脳出血・脳梗塞 その他

③ 現在他の病院に通院していますか
()

④ 今まで入院したり、手術をしたことがありますか
()

⑤ 食事・薬のアレルギーはありますか
()

⑥ 現在飲んでいる薬はありますか
()

⑦ お酒は飲みますか
飲む・飲まない (飲む場合の内容 ; /日)

⑧ タバコは吸いますか
吸う・吸わない (吸う場合 ; 本/日、 歳から)

以上になります。ご協力ありがとうございました。