

処置 点滴 吸入 **検査** 採血 尿 心電図 レントゲン
 マイコ() 溶連菌() RS() アデノ()
 インフルエンザ A() / B()

初 診 問 診 表

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生 年 月 日
	男 ・ 女	大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	T E L
職業		

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。(下記にご記入下さい)

※いつからですか? 約 頃から 体温: °C

※どんな症状ですか? _____

■上記の症状で他の病院を受診されましたか? いいえ・はい(病院名 _____)

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか?

- ・なし
- ・あり → どんな病気・けがでしたか? (_____)
 いつ頃 (約 ヶ月前 / 約 年前)
- 現在治療中: (医療機関 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか?

- ・なし
- ・あり → どのようなお薬ですか? (_____)

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか?

- ・なし
- ・あり (薬: 食品: その他 _____)

■たばこ: 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: 本/日 (~ 歳)

■酒: 飲まない・飲む: 毎日・週 () 回・機会飲酒 (種類: 飲酒: 合)

■妊娠の可能性: あり・なし 授乳中: はい・いいえ