

【問診票（初診）】

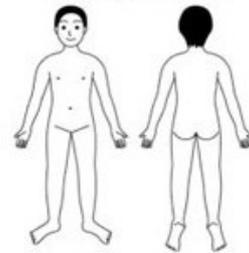
ID：

年 月 日		体温： °C	
フリガナ：		性別： 男・女	年齢： 歳
氏名：		身長： cm	体重： kg
職 業：	会社員・自営業・専業主婦・パート・学生・その他（ ）		

1) 本日は、どのような症状でお見えになりましたか？

悪いところを囲んでください

熱・頭痛・のどの痛み・咳・痰・くしゃみ・鼻水・腹痛・吐き気・下痢・
息苦しさ・血圧・動悸・胸痛・花粉症・発疹・かゆみ・腫れ・
その他（ ）



2) いつ頃から？ 令和 年 月 日頃より

この症状でどちらかの病医院を受診されましたか？ 処方薬はありましたか？
はい・いいえ （ ） はい・いいえ

3) 既往歴：高血圧・心臓病・腎臓病・糖尿病・喘息・甲状腺関係・その他（ ）

4) 現在治療中の病気がありますか？ ある ・ ない

あると答えたら
年 月 病名： 服用薬： 病医院名：

5) 今までに大きな手術をしたことがありますか？ ある ・ ない

年 月 病名： 手術名： 病院名：
経過フォロー受診 なし・あり 間隔は に1回

※アレルギーは、ありますか？

ある（ ） ・ ない

少量の血液で一度に48種のアレルギー検査ができます。興味はありますか？

先生から詳しくお話を聴いてみたい ・ ない

6) ご家族で下記の疾患になった方はおられますか？（ご両親・ご兄弟）

糖尿病 高血圧 脳血管系疾患 心臓疾患 がん（部位も）

どなたが？（ ）（ ）（ ）（ ）（ ）

7) 好きな食べ物・嫌いな食べ物を教えてください（好き： 嫌い： ）

※今までに、市販品を含めてお薬で副作用が出たことがありますか？

ある（ ） ・ ない

※現在、サプリメントや健康食品をのんでいますか？

のんでいる（どのような？どちらのメーカーの？） ・ のんでいない

※医療機関専用のサプリメントや健康食品があることをご存知ですか？

はい（ ） ・ いいえ

●女性の方への質問です。

1) 現在、妊娠中、または授乳中ですか？ はい ・ いいえ ・ わからない

2) 最終生理はいつですか？ 月 日～ 日間 裏に続きます