

初診の方、前回と違う症状で受診された方

※スタッフが記入致しますので、記入不要です。

問診票

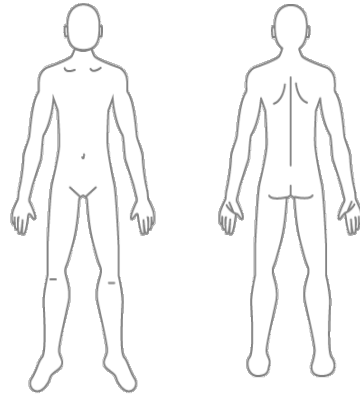
BP		HR	
KT	°C	SpO2	%

令和 年 月 日

お名前	ふりがな	男・女	生年月日	大正・昭和・平成
				年 月 日
住所	〒 -	電話番号		
		(ご自宅)	-	-
重要項目	身長 c m、 体重	妊娠 有 (か月) ・無・授乳中		
	アレルギー：食物 () 薬剤 () その他 () ・無			

● 今回のような症状で来院されましたか。その症状はいつからですか。

※症状がある部位を○で囲んでください。



※その症状に対する治療を他院で受けていますか
受けています・受けていません

病名： ()

病院名： ()

処方されたお薬： ()

● 他院で、現在治療中のご病気、服用中のお薬はありますか？（お薬手帳を看護師にご提出ください）

特になし

通院中

病名	病院	お薬（お薬手帳がある方は記入不要です）

● 今までかかったことのある病気はありますか

特になし

糖尿病 肝臓病 高血圧症 腎臓病 喘息 てんかん リウマチ熱 脳血管疾患（

心臓病（ ） 甲状腺疾患（ ） 難聴（右・左・両側） その他（ ）

● 今までに入院や、手術をしたことはありますか

特になし

ある

いつ頃	手術・入院内容