初診時問診表

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿様　　年齢＿＿＿＿歳　　男・女

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① 今日は、どうなさいましたか？

……

② いつ頃から、症状がでましたか？

……

③ いま、他の病院にかかっていますか？

は　　い　・　い　い　え

↓

かかっている、病院名・病名を教えて下さい。

……　……

④ いま、お薬を服用していますか？

は　　い　・　い　い　え

↓

どのようなお薬か教えて下さい。

……

⑤ お薬・食べ物などのアレルギーはありますか？

お　薬　　は　い　・　いいえ　（お薬の種類　　）

食べ物　　は　い　・　いいえ　（食べ物の種類　　）

⑥ 女性の方にお聞きします。　現在、妊娠されていますか？

はい　・　いいえ　（現在　　週目）

⑦ 何で当院をお知りになられましたか？

1．他院からの紹介　　2．知人からの紹介　　3．チラシ広告　　4．看板

5．インターネット（ホームページ）　　6．その他（　　）