

初診受付・問診票

カルテ番号	記入年月日	年	月	日
フリガナ _____	明治	大正	昭和	平成
お名前	男・女	生年月日	年	月 日 歳
〒 _____				
現住所	自宅電話 ()		-	
	携帯電話 ()		-	
勤務先名称	電話番号 ()		-	

■ どの科を受診されますか？ (○をつけてください)

内科 循環器内科 健診
外科 整形外科 肛門科

■ どのような症状ですか？

発熱 咳 痰 のどの痛み 鼻水 頭痛 めまい しびれ
腹痛 嘔吐 吐き気 下痢 便秘 体重減少 胸痛 動悸 血圧
発疹 かゆみ 切り傷 外傷 打撲 やけど その他

()

■ その症状はどこの部位ですか？

()

■ いつごろからですか？

()

■ 今までケガや病気で入院・通院・手術をしたことがありますか？

あり・なし

(病名)

■ 現在飲んでいる薬はありますか？

あり・なし

(薬剤名)

※お薬手帳など あり・なし

■ 食べ物や薬のアレルギーはありますか？

あり・なし

(食品 薬剤 その他)

※女性の方にお聞きします

妊娠の可能性：なし あり (妊娠 月)

生理 (月経)：順調 不規則 止まっている 閉経 授乳中

※看護師記載欄