初診時問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな	
お名前	（男性・女性）
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　歳）
ご住所	〒
ご連絡先	電話番号：　　メール：

以下の項目について、◯で囲むもしくはご記入ください。

1. 本日はどうなさいましたか？
    a. 糖尿病のため他院から転医した。（紹介状　　あり・なし）
    b. 健診で右記を指摘された：高血糖、高血圧、脂質異常症（高脂血症）
    c. その他：
        i. 具体的な症状を記入してください。（体温_____℃）

        ii. 上記症状で他の病院を受診されていますか？
2. 今まで大きな病気・けがあるいは現在治療中の病気はありますか？
    a. なし
    b. あり
        i. どんな病気・けがでしたか：
        ii. 現在治療中：　　（医療機関_____）
3. 現在飲まれているお薬はありますか？
    a. なし
    b. あり（お薬手帳をご提示ください）
4. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
    a. なし
    b. あり：薬剤名（食品名）_____　症状：_____
5. たばこ
    a. 吸わない・過去に吸っていた：_____歳で禁煙
    b. 現在も吸っている：1日約_____本を_____歳から
6. お酒
    a. 飲まない
    b. 飲む：種類：_____　量：_____　頻度：週_____回
7. 身長と体重：
    a. 身長_____cm　体重_____kg
8. 女性の方のみお答えください
    a. 妊娠中ですか：いいえ・はい・可能性がある
    b. 授乳中ですか：いいえ・はい
9. 当院のことはどこで知りましたか？
    ①看板　②知人の紹介　③薬局　④ホームページ　⑤タウンページ
    ⑥新聞等のチラシ　⑦他の医療機関からの紹介　⑦その他（_____）