

問診票（初診）

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 (ふりがな)	性別 男・女	生年月日 年 月 日	年齢 歳
ご住所 〒 _____		電話番号 自宅 携帯	
身長 cm	体温 ℃	【当院記入欄】	
		体重 Kg	SP02 %

当院受診の理由（症状）を教えてください。（いつ頃から、どのあたりが、どんな感じ？）

上記症状で他院を受診しましたか？	はい 診断名：	いいえ
解熱剤・風邪薬の使用はありますか？	はい 使用薬品名：	いいえ
現在飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳のある方は記載不要です)	はい 薬品名： お薬手帳：持参・家にある・作成要・不要	いいえ
現在治療中の病気（あった）はありますか？	はい 気管支喘息・肺結核・高血圧・高脂血症・糖尿病・ 痛風・脳卒中・腎疾患・逆流性食道炎・蓄膿症・ 緑内障・前立腺肥大・狭心症（心筋梗塞）・不整脈・ 甲状腺疾患・てんかん・精神疾患 その他（ ）	いいえ
薬剤・食物アレルギーはありますか？	はい 薬品・食品名： 症状：	いいえ
肝炎ウイルス、HIV、梅毒の診断と治療歴はありますか？	はい ※あれば記載をお願いします	いいえ
血縁のあるご家族に右記の病気があれば教えてください。	(喘息・腫瘍・心臓病・脳卒中・高血圧・糖尿病等) 誰が：	いいえ
タバコは吸いますか？	吸います 1日 () 本 吸っていた 1日 () 本を () 歳から () 歳まで)	いいえ
お酒は飲みますか？	はい 種類 ()、約 杯/日を 年間	いいえ
癌の場合、告知を望みますか？	はい	いいえ
家族からの症状の問い合わせがある場合、 家族への説明は可能ですか？	はい	いいえ
【女性】	妊娠の可能性はありますか？	はい () カ月
	授乳中ですか？	はい

※他院からの紹介状や検査結果をお持ちの方は一緒に提出してください。

ますだ呼吸器科クリニック