

**初診・問診票**

記入日 年 月 日

お名前 年齢 才 生年月日 年 月 日

ご住所 〒

自宅電話

携帯電話

クリニックから連絡させていただく時は

自宅電話 携帯電話

どのような症状ですか？

風邪症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 関節の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛
胸部症状	<input type="checkbox"/> 長引くせき <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> ゼイゼイ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 圧迫感
腹部症状	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 食欲がない
その他	<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつく <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘

上記あてはまらない場合はこちらにご記入下さい

--

症状はいつからですか？

 ( ) 日前から 時々 ずっと前から( )現在治療中の病気はありますか？ ある ない 糖尿病 高血圧 脂質異常症 (コレステロール) 気管支喘息肺気腫 在宅酸素療法 心臓疾患 関節リウマチ 気管支拡張症

その他

具体的に

--

現在飲んでいるお薬はありますか？ ある ない

具体的に

お薬手帳お持ちの方は受付にお出し下さい

お薬や食品でアレルギーが出たことがありますか？ ある ない

具体的に

生活習慣について教えてください

(特に呼吸器疾患は生活習慣やお仕事に関連していることがあるためお訊きします)

タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない・吸ったことがない <input type="checkbox"/> 現在吸っている 本/日 才から <input type="checkbox"/> やめた(過去に吸っていた) 本/日 才から 才まで
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 4日/週以上 おおよそ 合/日
ペット	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 室内犬 <input type="checkbox"/> 室外犬 <input type="checkbox"/> ネコ <input type="checkbox"/> 鳥 <input type="checkbox"/> その他 ( )
お仕事	<input type="checkbox"/> 退職 粉塵(ほこり)作業 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> 現役 ( )

女性の方へ

妊娠の可能性なし 妊娠中 ( 月) 妊娠の可能性あり 授乳中

当院は院内処方ですが、ご希望により院外処方も可能です。

院内にないくすり、一包化、粉碎希望、長期の処方院外処方となります。

院内処方希望 院外処方希望

以下事務で使用

体温 °C 血圧 / mmHg 脈拍 /分 SAT %