

初 診 申 込 書

フリガナ		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年齢
氏 名		男・女		年 月 日	満 才
			電話番号	-	-
住 所	〒		携帯番号	-	-

問 診 票

本日はどのようなことで受診されましたか？

- 検診などで異常を指摘された
- ワクチン接種、感染症の確認検査、診断書希望など
- 具合が悪く受診した 以下のチェックもお願いします

- | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 痰 | <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 鼻汁 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 胸焼け | <input type="checkbox"/> 胃もたれ | <input type="checkbox"/> 血便 |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 動悸 | <input type="checkbox"/> 残尿感 | <input type="checkbox"/> 血尿 | <input type="checkbox"/> 腰痛 |

その他症状・詳しく (_____)

いつ頃からその症状がありますか？

- 今日 (朝 昼 午後 夕方) ____月 ____日 (早朝 朝 午後 夜)
- 1週間以上 1ヶ月以内 1ヶ月以上 1年以内 1年以上前

かかりつけの医療機関はありますか？

- 無 有 (_____) 病院・医院 病名 (_____)

定期的に服用している薬はありますか？

- 無 有 (_____)

アレルギーはありますか？

- 無 有 薬剤 (_____)
- 食べ物 (_____)

癌などの悪性疾患の場合、告知を希望されますか？

- 希望する いいえ (家族にだけ伝えてほしい 家族にも伝えない)

女性の方だけお答えください

- 妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ 分からない
- 授乳中ですか？ はい いいえ
- 最終月経はいつから何日間ですか ____月 ____日から ____日間