

# 初 診 申 込 書

フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年齢 満 才
				年 月 日	
住 所	〒		電話番号	-	
			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"/> 健怠感 | <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？ 授乳中ですか？

- はい  いいえ  分からない  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