

ご記入いただいたものを、当日お持ち
いただき、受付におだしてください。

ID _____

* 食物アレルギーで初めて受診される方は
別紙「食物アレルギー問診票」にもご記入ください。
この用紙は当院「個人情報取り扱い規則」に基づいて処理します。
別紙内容をご確認の上ご記入ください。

初診問診票（成人）

ふりがな				勤務先・学校		
氏名	男・女					
生年月日	大 昭 平 年 月 日 () 才					
住所						
連絡先	電話番号	()	-	携帯	()	-
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されますか？ (他院の通院歴や処方歴など)					はい いいえ	
この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診)を受診したことがありますか？					はい いいえ	

* 今日のご相談内容をお書きください

今の熱 ()℃

* 現在内服や使用している薬があればお書きください→お薬手帳がある方はお出しください(ある場合は記入不要)

* 今までに経験した病気や怪我があればお書きください

年 齢	病 名	病院名	○をしてください
			通院 ・ 入院
			通院 ・ 入院
			通院 ・ 入院
			通院 ・ 入院

* 薬で具合が悪くなった事がありますか？ある方は薬の名前と症状をお書きください

* 喫煙されていますか？(「はい」「いいえ」「禁煙した」に○) 喫煙されている方で差し支えなければ
喫煙歴の年数、1日の喫煙本数をお書きください

はい	喫煙歴 () 年	1 日 () 本	いいえ	禁煙した () 年前
----	-----------	-----------	-----	-------------

* 裏もごさいます

() 妊娠の可能性なし	() 妊娠の可能性あり	() 授乳中
() 妊娠中	現在妊娠 ヶ月	お子様の年齢

() 検査を希望	☆その他のご希望があればお書きください
() ステロイドの塗り薬を使用したくない	
() 薬で治ればよい	
() 食事療法について相談したい	

続柄	病 名	☆ペットを飼育していますか？
		いない
		している
		室内犬 ネ コ その他(外犬)

ない ・ ある（血液検査・皮膚プリックテスト） → 検査結果をお持ちの方は受付にお出してください

年齢	大まかな症状 または 病名	病院名	治療内容 経過