

# 初診問診表

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(〒 \_\_\_\_\_ )

--	--	--	--	--

住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

\*過去に当院にかかったことはありますか  ない  ある

① 本日受診希望の科にチェックし症状をお書き下さい(受診科はひとつでお願いします。)

◎保険診療  脳神経外科  頭痛外来  皮膚科  内科(熱 \_\_\_\_\_ °C)  
 アレルギー

◎自費診療  男性更年期  ED  AGA(男性脱毛症)

## 症状

\*その症状はいつ頃からですか \_\_\_\_\_ 頃から

② 現在別の病気やケガで他の病院にかかっていますか  かかっていない  かかっている  
症状 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

③ 今までに病気、ケガ(手術、入院等)をしたり健康診断で異常を指摘されたことがありますか  
 ない  ある

年齢	歳	病名	治療内容

④ 現在、飲んでいるお薬があればお書きください

⑤ アレルギーはありますか  ない  ある  
薬物 : 種類 \_\_\_\_\_ : 症状 \_\_\_\_\_  
食物・その他 : " \_\_\_\_\_ : " \_\_\_\_\_

⑥ 過去1年間で海外へ行きましたか  行った  行かない  
いつ \_\_\_\_\_ どこへ \_\_\_\_\_

⑦ ご家族に現在病気の方がいらっしゃいますか  いる  いない  
本人との関係 \_\_\_\_\_ 病名等 \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ "

⑧ 女性の方へ  
現在妊娠していますか  妊娠していない  妊娠している又は可能性がある

⑨ 現在の生活についてお伺いします

◎お酒  飲まない  
 飲む →  時々  毎日 → 飲酒量  1合  2~3合  3合以上  
※清酒1合=ビール500ml・ワイン240ml・焼酎80ml・ウイスキー60ml

◎タバコ  吸わない  
 以前は吸っていた → ( \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年間)  
 吸う → (現在まで \_\_\_\_\_ 本/日 \_\_\_\_\_ 年間)

⑩ これから受ける診察についてご希望やご意見がありましたらお気軽にお書きください