

はら内科医院 初診問診票

記入日 年 月 日

名前	ふりがな	生年月日		
		大正・昭和・平成 年 月 日		
住所	〒	電話 自宅： 携帯：		
身長：	cm	体重：	kg	体温： °C
職業：				

●本日はどうされましたか？

いつから _____

どうしたか _____

●今まで病気になったことや手術をしたことがありますか？

なし

あり → どんな病気でしたか？ ()
いつ頃ですか？ ()

●現在治療中の病気はありますか？

なし

あり → 病名 () (医療機関)

●現在飲んでいる薬（市販薬・漢方薬・健康食品含む）はありますか？

なし

あり → どんな薬ですか？ ()

●薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし

あり (薬： 食品： その他)

●タバコは吸いますか？

吸わない

過去に吸っていた： 本/日 (歳～ 歳)

現在も吸っている： 本/日 (歳～現在)

●お酒は飲みますか？

飲まない

飲む → 毎日 ・ 週()回、(種類： 量：) ・ 機会飲酒

●家族に病気の方はおられますか？

いいえ

はい → () (例 父：胃癌、祖母：高血圧)

●[女性のみ] 妊娠の可能性：あり ・ なし 授乳中：はい ・ いいえ