

はら内科医院 初診問診票

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：		
血圧：	/	脈拍：	体温：	°C

●今日はどうされましたか？ _____

●それはいつからですか？ _____

●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 → いつ頃どんな病気ですか？ ()

●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 → どの薬ですか？ () (医療機関)

●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 (種類： 量：) ・ 週 () 回

●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： なし ・ あり 授乳中： いいえ ・ はい

★当院を知ったきっかけは何ですか？

家族・知人から インターネット 立て看板 電柱広告 その他 ()