

井上医院 初診問診票

氏名	男・女												
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日	才	ヶ月							
住所()	電話番号()
<p>・現在治療中の病気はありますか？ いいえ 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肺疾患 その他()</p> <p>・現在内服されている薬があればお書きください</p> <p>・今までに入院・手術歴はありますか？ いいえ はい 才頃 病名</p>													
<p>本日の受診症状・理由 特定健康診査・長寿健診・健康診断・予防接種() その他 ()</p> <p>下記の症状はありますか？それはいつ頃からですか？ () から) 発熱(度)、 のどの痛み、咳・痰、鼻水、腹痛・下痢・嘔吐、食欲不振 便秘、血圧が高い、動悸・胸の痛み、息苦しい、頭痛・めまい・ふらつき、不眠 アレルギー・皮膚症状 その他の症状があればお書き下さい。</p>													
<p>アレルギーはありますか？ いいえ はい 食品 () 薬 () その他 ()</p>													
<p>女性の方へ 妊娠中・授乳中の方はお書きください (妊娠 ヶ月) (授乳中 お子様の月例 ヶ月)</p>													
<p>本院をどのようにお知りになりましたか。 以前から知っていた ・ 通りがかり ・ 紹介 ・ インターネット</p>													