

初診問診票

氏名

様

①本日、最もご心配な症状をお書き下さい。

- ・いつごろから ()
- ・どういう症状が ()

②今までにどんな病気をされましたか。ケガも含めて教えて下さい。

()

③現在服用しているお薬はありますか？

- いいえ
- はい → そのお薬の名前が分かれば書いて下さい。
()

④今までに薬や食べ物で、じん麻疹が出たり、かゆくなったり
気持ちが悪くなったりされたことがありますか？

- いいえ
- はい → 分かればその名前を書いて下さい。
()

⑤お酒を飲む頻度、その量を教えて下さい。

- ほとんど飲まない
 - 毎日飲む
 - 時々飲む
- } [例) 日本酒一合]

⑥タバコは吸われますか？また、その量を教えて下さい。

- 吸わない
 - 吸う
 - 今は吸わない
- } [1日 本 × 年間]

⑦女性の方、妊娠の可能性はありますか？

- ある
- ない
- 分からない