

土屋外科内科医院 初診問診表

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住 所	〒 ※郵便番号の記載もお願いします	自宅 携帯番号 緊急連絡先 (続 柄)

下記の質問にわかる範囲でお書きください。

■本日はどうなさいましたか？いつからどの様な症状があるかお書きください。

■上記の症状でお薬を飲みましたか？

・いいえ・はい _____ (市販薬 他 の 病院 の 薬)

■現在治療中の病気がありますか？

・なし ・あり _____ (病院名 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか？(お薬手帳持参の方は記入不要です)

・なし ・あり _____

■お薬や食べ物で体にあわなかったもの(アレルギー体質)はありますか？

・なし ・あり _____

■タバコ

・吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている： 本/ 日 (~ 歳)

■お 酒

・飲まない ・飲む 毎日 週 () 回 付き合い程度

■妊娠の可能性 : なし ・ あり

■授乳中ですか? : いいえ ・ はい

■心配な事や質問事項がありましたらご記入ください

■家族構成

・1人暮らし
・同居している方(続柄: _____)

■介護認定の有無

要支援 () 要介護 ()

※ お薬手帳お持ちの方は来院時に持参をお願いします