**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