＜初診の方の問診票＞

フリガナ 様	歳	男・女	小児の方　体重を記入して下さい （　　kg）
住所 区			電話 －
いつ頃から具合が悪くなりましたか？　　年　　月　　日頃から			
どこの具合が悪いですか？あてはまるところを○で囲んで下さい。 頭・目・口・頸・胸・背中・腰・腕（右・左・両方）・手（右・左・両方） 腹部・足（右・左・両方）・尿・便・血圧・その他（　　）			
今回の病気で他のお医者さんに治療を受けていましたか？			はい・いいえ
今回の病気で市販の薬を飲まれましたか？			はい・いいえ
はいの方　薬名は何ですか（　　）			
今までに薬、処置でショックや発疹が出たことはありますか？			はい・いいえ
はいの方 あてはまるところを○で囲んで下さい。 抗生物質・痛み止め・その他の薬・注射・局所麻酔・採血 その他（　　）			
過去に病気をしたことがありますか？			はい・いいえ
はいの方　　年　　月頃　病名（　　） 年　　月頃　病名（　　）			
女性の方　妊娠の可能性はありますか。			はい・いいえ

＜風邪の方は以下の質問にもお答え下さい＞

当てはまる症状に○で囲んでください。 熱（　　℃）・頭痛・のどの痛み・鼻水・咳・痰・関節痛・息苦しい 吐き気・嘔吐・下痢　腹痛・その他（　　）	
市販薬は飲んでいましたか？	はい・いいえ
はいの方　薬名は何ですか（　　）	
最近　海外旅行に御本人、家族、身近な人が行かれましたか？	はい・いいえ
はいの方　どこに行かれましたか？（　　）	