

初診問診票

日付 年 月 日

フリガナ お名前	様 (男・女)	生年月日 T・S・H 年 月 日 歳
ご住所 〒		
電話番号 ()	携帯電話 () (緊急連絡先)	
ご職業	体温 ℃ 身長 cm 体重 Kg	

1 本日はどうなさいましたか？ 症状がある方は具体的にお書きください。

月 日 時頃から 現在 (続いている ・ 治まっている)
検査ご希望の方【胃カメラ・大腸カメラ・CT・レントゲン・健康診断・その他 ()】

◎ 今回の件で他の医療機関を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

病院・医院

◎ 検査結果は持参していますか？ (はい ・ いいえ)

◎ お薬は処方されましたか？ (はい ・ いいえ)

2 現在、他に継続治療中の病気や服用中のお薬はありますか？ (はい ・ いいえ)

病名：

◎ お薬手帳や説明書をお持ちの方は受付にお出してください。

3 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

ある方は具体的に

4 過去に大きな病気や怪我、入院・手術をされましたか？ (はい ・ いいえ)
ある方は具体的に (年齢 ・ 病名 ・ 医療機関)

5 血縁(親・兄弟)に次の病気等をされた方はいますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 心臓病 ・ がん() ・ その他()

6 嗜好品について

タバコ (本/日) アルコール (ml/日)

7 その他、お聞きになりたいことがある方はご記入下さい。

8 女性の方にお聞きします。

◎最終月経 月 日から 日間 ◎閉経した (歳)

◎妊娠中の方 (週) ◎授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9 このクリニックを何でお知りになりましたか？

(インターネット・電話帳・家族や知人の紹介・駅の看板・電車内広告・道路看板・近所だから)

ありがとうございました。順番が来ましたら番号でお呼びしますのでお待ちください。
個人情報、当院の診療目的にのみ使用します。

きたすみ内科クリニック