このしたクリニック 【初診問診票】

ID番号　　年　　月　　日

ふりがな			
名 前	様　　男 ・ 女		
住 所	〒		
電 話	(ご自宅)　　(携帯等)		
生年月日	T·S·H　　年　　月　　日　　(　　歳)		
身 長　　cm	体 重　　Kg		**来院時**
			KT:　　℃
			BP:　　/

■該当する項目に〇印を入れて下さい。

＊女性の方　　妊娠されてますか？(はい ・ いいえ ・ 可能性有り)

授乳されてますか？(はい ・ いいえ)

1. 症状について教えて下さい。いつからどのような症状がありますか？

2. ご家族(血縁者)でご病気の方はおられますか？分かる範囲でお書き下さい。

例:生活習慣病、脳卒中、心疾患、がんなど

(はい 【　　】 ・ いいえ)

3. 今までに病気にかかったり、現在治療中である病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

※(はい)に〇をいれた方は、下記に記載をお願いいたします。

4. 現在内服中の薬はありますか？(はい ・ いいえ)

※(はい)に〇を入れた方は、下記に記載をお願いいたします。あるいは、お薬手帳をご提示下さい。

5. 薬や食べ物、その他アレルギーはありますか？(はい ・ いいえ)

※(はい)に〇を入れた方は、下記に記載をお願いいたします。

6. 今までタバコを吸ったことがありますか？(はい ・ いいえ)

※(はい)に〇を入れた方は、1日何本を吸われましたか？

本を　　歳から　　歳まで　　現在(吸っている ・ 吸っていない)

7. 飲酒はされますか？(はい ・ いいえ)

飲まれる場合は頻度を教えて下さい。

1週間に(　　)日ぐらい　　種類(　　)

8. 当院をどのようにお知りになりましたか？(該当する項目に〇を入れて下さい)

(インターネット ・ 看板広告 ・ 家族 ・ 知り合い ・ 職場 ・ 他院からの紹介 ・ その他　　)

9. 他院の検査結果や健診·検診結果をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

※(はい)に〇を入れた方は、受付にご提示下さい。

ご記入にご協力いただき、有難うございました。

いただきました個人情報は、当クリニックでの診察のみにご使用させていただきます。