

初診問診票

ID: _____

令和 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日	大・昭・平
お名前	男	年 月 日	(才)
	・	携帯電話	— —
	女	自宅電話	— —
ご住所 〒	—		

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

(1) 今日はどうな症状で来院されましたか。

(2) 今までにかかった病気はありますか。

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心臓病 肝臓病 腎臓病 ぜんそく
緑内障 前立腺肥大症 がん その他()

(3) 現在、飲んでいる薬はありますか。

ない
ある (薬名:)

(4) 薬や注射で、副作用がでたことがありますか。

ない
ある 風邪薬・ピリン系 鎮痛剤 抗生物質 その他()

(5) ペースメーカーを使用していますか。

いいえ ・ はい

(6) タバコは吸いますか。

いいえ ・ 禁煙した (年から) ・ はい (1日 本)

(7) アルコールは飲みますか。

いいえ ・ はい (1週間 回、1回の量は を 杯くらい)

(8) (女性のみ) 現在、妊娠/授乳 されていますか。

いいえ ・ はい (現在妊娠 週、出産予定日: 月 日) ・ 授乳中 ・ 閉経後 ・ 不明
最後の生理は 年 月 日

(9) その他、気になっていることや、ご希望がありましたらお書きください。

(10) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。

家族の紹介 友人・知人の紹介 他院の紹介 (医院名:) 案内看板
ホームページ 広告 (折込チラシ ・ その他) 通りがかりに (自宅が近い ・ 勤務先が近い ・ その他)
その他 ()

ご記入ありがとうございました。