

問診票 (初診)

ふりがな _____ 男 _____ 女 _____ 歳 _____
 お名前 _____ 記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 _____ 生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____
 ご住所 _____ お電話(自宅・携帯) _____

ご職業 _____ E-mail _____ 体重 _____ Kg

体温： _____ °C

■受診希望科 (内科 ・ 呼吸器内科 ・ 皮膚科 ・ 外科)

■本日はどのような症状で受診されますか？

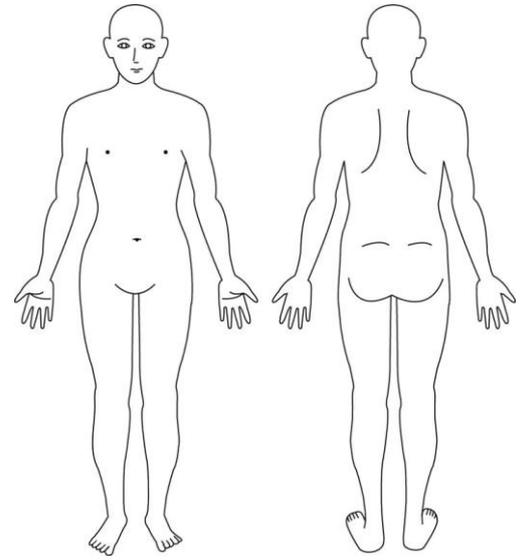
- ・ 部位を右図に示して下さい
- ・ それはいつからですか？ _____

■今回の症状について他の病院にかかりましたか？

いいえ・はい → 病院名： _____
 他の病院での治療や検査についてお教え下さい

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

なし・あり → どんな病気・けがでしたか？ またそれはいつ頃からですか？



■現在飲まれているお薬はありますか？ ★お薬手帳があればお持ち下さい

なし ・ あり → どのようなお薬ですか？

■アレルギーはありますか？

なし ・ あり (薬： _____ 食品： _____ その他 _____)

■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 ~ _____ 歳)

■酒：飲まない・飲む → 毎日・週 (_____) 回・たまに付き合いで

■女性の方へ → 妊婦の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■本日の診療に対して何かご希望はございますか？

なし・投薬・検査・注射・保険外診療・その他 _____

■当クリニックを知ったきっかけをお教え下さい

看板・ホームページ・お知り合いから・その他 _____