

# 初診問診票

記入日 平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ ふりがな \_\_\_\_\_ (女・男)

生年月日 大・昭・平 年 月 日 ( 才)

住所 〒 \_\_\_\_\_ 都・府・県 \_\_\_\_\_ 区・市 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 ( ) \_\_\_\_\_

(自宅以外の場合)

\* 今日はどうのような症状で受診されましたか。その症状はいつ頃から始まりましたか。

(15歳以下の方 体重 \_\_\_\_\_ kg)

をつけてください。

\* 熱がありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ °C)

\* その症状について他の医療機関に受診されたことがありますか。

ない  ある (ある場合、病院・医院名 \_\_\_\_\_)

\* 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。

\* 輸血を受けたことがありますか。

ない  ある (ある場合、輸血時の年齢： \_\_\_\_\_ 才 病名： \_\_\_\_\_)

\* これまでに飲み薬や注射や食べもので、アレルギー反応が出たことがありますか。

ない  ある (ある場合、以下にわかる範囲で記入してください。)

薬の名前、種類と副作用の症状 \_\_\_\_\_

\* 喘息・ アトピー・ 花粉症 がありますか。ある場合、○で囲んで下さい。

\* アルコールについて伺います。

飲まない  付き合いで飲む程度 ( \_\_\_\_\_ 回/月)  よく飲む→ ( \_\_\_\_\_ 回/週)

ビール \_\_\_\_\_ ml/回、酒 \_\_\_\_\_ 合/回、焼酎 \_\_\_\_\_ ml/回、その他 \_\_\_\_\_

\* 喫煙について伺います。

もともと吸わない  禁煙した ( \_\_\_\_\_ 才)  喫煙中 ( \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 本/日)

\* 女性の方のみお答え下さい。  妊娠中  授乳中  生理が不順

\* 漢方のご希望はありますか？  ない  ある

\* かしわでクリニックを何でお知りになりましたか？

ホームページ  インターネット検索  くちこみ  チラシ  ハローページ

その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。