

くすのき内科クリニック 初診問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		年 月 日
連絡先	〒	TEL
職業		

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

* 12歳未満の方は、体重をご記入下さい。

_____ kg

■当院をどのようにしてお知りになりましたか？（複数可）

以前に通院していた・知人の紹介・他院からの紹介。前を通りかかった・インターネット・電柱看板
バスの車内アナウンス・その他（_____）

■本日はどうなさいましたか。具体的に

_____（体温 _____℃）

■いつからですか？

_____約_____頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ はい・いいえ

はいの場合どんなお薬を処方されましたか？（_____）

■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？（_____）

いつ頃（約 _____ヶ月前／約 _____年前）

現在治療中：_____（医療機関_____）

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり →どんなお薬ですか？（_____）

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり（薬：_____ 食品：_____ その他_____）

■最近海外へ行ったことがありますか？

・なし ・あり（いつごろ_____どこへ_____）

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている：_____本／日（_____～_____歳）

■酒：飲まない・飲む：毎日・週（_____）回・機会飲酒（種類：_____ 飲酒：_____）

■妊娠の可能性： あり・なし 授乳中： はい・いいえ