🐼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		＊12 歳以下の方　体重　　ｋｇ

以下の項目について、〇で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

いつから　　／症状　　（体温　　℃）

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？　・いいえ　・はい　（病院名　　）

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？（　　）　時期（　　）

・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：　　）

■指先からの血液 1 滴で可能な 41 項目アレルギー検査を希望しますか。　・はい　・いいえ　・相談したい

■3 か月以内に海外へ行きましたか？

・いいえ　・はい　（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　・ごくたまに　（種類：　　量：　　）

■妊娠の可能性：　・なし　・あり　　授乳中：　・いいえ　・はい

■以下で関心のある項目やご質問がございましたらご記入ください。

・睡眠時無呼吸症候群（CPAP）　・骨密度　・血管年齢　・腹部エコー　・胃カメラ　・24 時間ホルター心電図

・肺機能検査　・AGA 治療（男性型脱毛症）　・ED 治療　・にんにく（ビタミン）注射　・ＮＭＮサプリメント

・その他ご質問（　　）