

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	性別	生年月日
		男 女	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、○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 °C)

■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 ・禁煙治療 ・マイシグナル (尿がん検査)
- ・その他ご質問 ()