

 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ヶ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時間ホルタ一心電図 ・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 ( )