

初診 問診票

受診日： 令和 年 月 日

ふりがな
氏名
様

男・女 生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日 歳

電話番号： 身長 cm 体重 kg

緊急連絡先： 続柄

※必要時、当クリニックからご連絡することがありますのでご了承ください。

住所： (〒 -)

※マンション、アパートなどの建物名もご記載ください。

◆熱がある方 (自宅での体温 ℃) (診察前の体温 ℃)

①本日はどうなさいましたか？当てはまるものに○をしてください。

血圧が気になる・糖尿病が気になる・疲労感・味覚障害・のどが痛い・鼻水が出る
不整脈・動悸がする・ペースメーカー外来・胸が痛む・喘息・睡眠時無呼吸
おなかが痛い・吐き気がする・下痢をしている・便に血が混じる・胃が痛い・胃がもたれる
その他 ()

②症状はいつ頃からありますか？ <令和 年 月 日頃から>

③特に調べて欲しいこと、検査、治療はありますか？ あり ・ なし

※ありの場合は当てはまるものに○をしてください。

(血糖測定採血 ・ アレルギー検査 ・ レントゲン ・ 腹部エコー ・ 心電図)
食べ物等アレルギーのある方はご記載下さい ()
血管年齢測定 ・ 尿 ・ 肝機能 (お酒の飲まれる方など))
その他 ()

④過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことがありますか？

あり () ・ なし

⑤現在、治療中の病気はありますか？ あり () ・ なし

⑥現在、お飲みのお薬はありますか？ あり () ・ なし

⑦お薬のアレルギーはありますか？ あり () ・ なし

⑧喫煙歴はありますか？ 喫煙中 (本/日、 年) はい ・ いいえ

⑨飲酒はされますか？ はい (350ml 缶 本/日 日/週) ・ いいえ

⑩当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

インターネット ・ 新聞折り込み ・ 看板 ・ 知人 ・ その他 ()

◆女性の患者様

・ 現在、妊娠中もしくはその可能性はありますか？ < あり ・ なし >

・ 現在、授乳中ですか？ < あり ・ なし >