

初診問診表

--	--	--	--	--

受診日： 年 月 日
紹介者： ない ・ ある ()
(〒)

住所 _____ TEL _____

ふりがな _____ (M T S H) 年 月 日生 歳 (男 ・ 女)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

* 過去に当院にかかったことはありますか ない ・ ある

本日受診希望の科にチェックし症状をお書き下さい(受診科はひとつでお願いします。)

保険診療 脳神経外科 頭痛外来 皮膚科 内科 アレルギー科
自費診療 男性更年期 E D A G A (男性脱毛症)
健康診断 その他 わからない

症状

* その症状はいつ頃からですか _____ 頃から

現在別の病気やケガで他の病院にかかっていますか かかっていない ・ かかっている
症状 _____ 病院名 _____

今までに病気、ケガ(手術,入院等)をしたり健康診断で異常を指摘されたことがありますか
_____ ない ・ ある

年齢	歳	病名	治療内容

現在、飲んでいるお薬があればお書きください

アレルギーはありますか ない ・ ある

薬物 : 種類 _____ : 症状 _____
食物・その他 : " _____ : " _____

過去1年間で海外へ行きましたか 行った ・ 行かない
いつ _____ どこへ _____

ご家族に現在病気の方がいらっしゃいますか いない ・ いる
本人との関係 _____ 病名等 _____
" _____ "

女性の方へ

現在妊娠していますか いいえ ・ はい

現在の生活についてお伺いします

お酒 飲まない ・ 飲む (時々 ・ 毎日 _____ を _____ 合 ・ 本 ・ 杯)
タバコ すわない ・ 以前は吸っていた (_____ 歳まで _____ 本/日 _____ 年間)
吸 う (現在まで _____ 本/日 _____ 年間)

これから受ける診察についてご希望やご意見がありましたらお気軽にお書きください

アンケート

当院を受診された理由で該当する項目にチェックして下さい

知人から聞いた 当院を直接みた インターネットで調べた

クリニック記入欄

身長 _____ cm 体重 _____ kg 腹囲 _____ cm BMI _____
視力 R: _____ (_____) M 血圧 _____ (_____ / _____) (_____ / _____)
L: _____ (_____) C 聴力 所見 無 ・ 有 有の場合は表に数値を記入
色覚 所見 無 ・ 有 (_____)
手歴 無 ・ 有 (_____)
入歴 無 ・ 有 (_____) 尿 蛋白(_____) 糖(_____) 潜血(_____)

R:1000(_____) 4000(_____)
L:1000(_____) 4000(_____)