

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
氏名 _____ (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

保険診療	頭痛外来	皮膚科	内科	アレルギー科	女性更年期
自費診療	男性更年期	ED	AGA (男性脱毛症)	禁煙外来	
	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 _____

今までに大きな病気やケガ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	電話帳をみた	電柱広告をみた
開院チラシをみた	当医院进行直接みた	インターネットで調べた

クリニック記入欄

BP _____ / _____ 聴 _____ 尿 蛋 () 糖 () 潜 ()

身 _____ cm 体 _____ kg 視 R () L () 色 _____

手術歴 なし ・ あり () 入院歴 なし ・ あり ()