

# これまさクリニック問診票

ふりがな			男 ・ 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成 ____年__月__日生まれ ____才	
お名前					
初診 の方	ご住所	〒			
	連絡先	携帯電話：		自宅電話：	

●本日はどうなさいましたか？症状を具体的にご記入をお願いします。  
 (発熱・風邪・胃腸炎症状のかたは別紙問診票に詳細をご記入ください)

●今回の症状で、他の医療機関を受診されましたか。  
 受診していない / 受診した

●女性のかたにお尋ねします。妊娠・授乳中ですか  
 いいえ / 妊娠中 / 授乳中

-----  
**当院を初めて受診されるかたは以下もご記入ください**

○現在、治療中の病気はありますか  
 ない / ある → 病名

○現在、服用しているお薬はありますか  
 ない / ある → 薬品名

○薬や食物などでアレルギー症状が出たことはありますか  
 ない / ある

○今までに大きな病気で入院治療、手術をうけたことがありますか  
 ない / ある

○ご家族（血縁関係）で病気をされた方はいらっしゃいますか  
 いない / いる → 例) 脳梗塞（祖父） 糖尿病（母） 胃癌（父）

○嗜好品につて教えてください

お酒：飲まない / やめた（ 年間 ） / 飲む → （ 回/週・何をどれくらい ）  
 タバコ：吸わない / やめた（ 年間 ） / 吸う → （ 本/日・ 才頃から ）

○最後に受けた健康診断はいつですか  
 年 月 結果：

○当院を来院されたきっかけを教えてください

インターネット / 知人の紹介（ ） / 先生の紹介（ ） / その他（ ）  
 ご記入ありがとうございました