

にしえクリニック 初診問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	性別	生年月日			年齢
		男・女	T・S・H	年	月	日生
連絡先	〒	職業				
TEL		携帯				

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。具体的に書いてください。 (体温 °C)

■いつからですか？

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

病院名： 病名および薬の名前：

■現在治療中の病気はありますか？(はい ・ いいえ) ※お薬手帳をお持ちの方は受付へ渡して下さい。

病名： 薬の名前： 病院名：

■今までにかかった病気があれば○をしてください。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳血管障害 腎臓病 肝臓病
喘息 アレルギー (アトピー・花粉症) 肺炎 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺疾患
悪性疾患 () その他 ()

■今まで重い病気や手術などで入院したことがありますか？ (はい ・ いいえ)

年齢： 病名： 病院名：

■血縁者で大きな病気をされた方がおられたら書いて下さい。()

■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？ (はい ・ いいえ)

(薬： 食品： その他)

■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・機会飲酒 (種類： 飲酒量：)

■(女性の方のみ) 妊娠の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

■来院されたきっかけは？ 紹介(知人・医療機関) 通リすがり 広告 ホームページ その他

■他にご希望・ご相談がありましたらお書き下さい。