

# 内科・小児科 初診問診票

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 男・女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (\_\_\_\_歳)

〒 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

本日も希望の検査はありますか？

尿検査 レントゲン 血液検査 心電図 インフルエンザ検査 溶連菌検査 アデノ検査

いつから、どのような症状がありますか？ 体温 ( ) 体重 ( )

(1) 今までに病気にかかったことがありますか？

特になし 高血圧 糖尿病 高コレステロール血症 脳梗塞 貧血  
肝臓病 腎臓病 心臓病 肺結核 その他 (\_\_\_\_\_)

(2) 今までに手術をしたことはありますか？

無し あり→いつ頃 (\_\_\_\_\_) 病名 (\_\_\_\_\_)

(3) 治療中の病気、通院している病気はありますか？

なし あり→いつから (\_\_\_\_\_) 病名 (\_\_\_\_\_)

(4) 現在、服用している薬はありますか？

\*お薬手帳をお持ちの方は受付へご提出ください

なし あり→薬の名 (\_\_\_\_\_)  
どちらの病院で処方されましたか？ (\_\_\_\_\_)

(5) 薬を飲んで、アレルギーが出たことはありますか？

なし あり→薬の名前 (\_\_\_\_\_)  
どのような症状でしたか？ (\_\_\_\_\_)

(6) 血のつながっているご家族に病歴があればご記入ください。

なし あり→どなたが？ (\_\_\_\_\_) 病名 (\_\_\_\_\_)

(7) 嗜好品についてご記入ください。

1：アルコールを 毎日飲む (\_\_\_\_合/本/ml) 時々飲む 飲まない  
2：タバコを 1日\_\_\_\_本吸う 以前吸っていた 吸わない

(8) 女性の方のみお答えください。現在妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

いいえ  はい 妊娠中 (\_\_\_\_ヶ月)  授乳中

☆最後に当クリニックを何でお知りになりましたか？

近所/前を通過して(建物を見て) 他院からのご紹介 (\_\_\_\_\_)

知人/家族からの紹介→紹介していただいた方のお名前 (\_\_\_\_\_)

ホームページ・Facebook・病院案内サイト・パンフレット

看板→どちらの看板ですか (\_\_\_\_\_)