

# 初診問診票

ふりがな お名前 (男・女) ( 歳)	生年月日 S・H・R 年 月 日
体重 (中学生以下) Kg・体温 (熱がある場合) °C	職業
郵便番号 〒 _____ 住所	携帯番号： 自宅電話：
当院をお知りになったきっかけを教えてください？ ○をつけてください (複数回答可) 家族から聞いて ( )・知人から聞いて ( _____ 様) インターネットで検索 (google・yahoo・口コミサイト・facebook・その他) 給田町交差点の看板・クリニック前の看板・電柱広告・その他 ( )	

## 1 お困りの症状はいつからありますか？

( ) から)

## 2 お困りの症状は何ですか？

( )

## 3 すでに他の医療機関で治療を受けましたか？

いいえ・はい 病院名/病名 ( )  
お薬 ( )

## 4 アレルギーの病気はありますか？

(花粉症・アレルギー性鼻炎・ぜんそく・アトピー)

## 5 今までにかかった病気はありますか？

(熱性けいれん・高血圧・糖尿病・狭心症・心筋梗塞・腎臓病・前立腺肥大・肝臓病・緑内障・ )

- 薬剤のアレルギー なし・あり (薬剤名： )
- 妊娠 なし・あり ( ヶ月)・可能性あり
- 授乳 している・していない

★小学生以下のお子様は、くすりの希望があれば記入ください  
(粉・シロップ・錠剤・特になし)