

くげクリニック 初診問診票

		記入日	年	月	日
お名前	ふりがな	生年月日			
		大正 昭和 平成	年	月	日
連絡先	〒	TEL			
職業					

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

(体温 °C)

■いつからですか？

約

頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？

()

■今まで大きな病気・けが、あるいは現在治療中の病気がありますか？

なし あり → どんな病気・けがでしたか ()

→ 現在治療中: (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

なし ・ あり → どのようなお薬ですか？ ()

■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？

なし ・ あり → (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)

■お酒: 飲まない・飲む → 毎日・週 () 回

■女性の方のみお答えください

妊婦の可能性: あり・なし 授乳中: はい・いいえ

■当院へ受診されたきっかけ

1. 近所 2. 知人 3. 看板 4. ホームページ 5. 回覧板

6. 他の医療機関からの紹介 7. その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。