初診問診票

玲子内科クリニック
内科・消化器内科

医院用 ID 番号：　　平 成　　年　　月

ふりがな お名前　（男 ・ 女）	生年月日	大・昭・平　年　月　日（　歳） 12歳以下の方：体重（　kg）
住所	電話番号	

＊ 本日の体温は？（　℃）

＊ 本日はどのような症状で来院されましたか？
（　）

＊ それはいつからですか？
（　）

＊ 今現在、定期通院・投薬を受けていますか？
いいえ ・ はい　病院名（　）病名（　）
いつ頃（　）薬の名前（　）

＊ 薬や麻酔（病院や歯科医院での）の注射のあとに具合が悪くなったことはありますか？
ない ・ ある → ある方は、ご記入ください。（いつ、薬剤、症状など）（　）

＊ 薬、食物アレルギーなどありますか？
ない ・ ある → ある方は、ご記入ください。（いつ、薬剤・食物、症状など）（　）

＊ 今までにご自身がかかった病気(継続して治療している病気)があれば〇をつけてください。
ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病・前立腺肥大・緑内障
その他（　）

＊ 今までにご家族がかかった病気があれば記入してください。
どなた（　）が、病名（　）

＊ たばこを吸いますか？　いいえ ・ はい（1日　本、年数　年）・昔（　年前まで、1日　本、年数　年）

＊ 飲酒の習慣はありますか？　いいえ ・ はい（毎日 ・ 週　日位 、種類　、量　）

＊ 女性の方のみお答え下さい
妊娠中ですか？　いいえ ・ はい（現在　カ月，出産予定日:　月　日）
授乳中ですか？　いいえ ・ はい
月経について　初経（　）才・閉経（　）才・最終月経（　年　月）
月経（ 順 ・ 不順 ）・出血期間（　）日・月経痛（ あり・なし ）

＊ 来院されたきっかけは何ですか？
・ 知人・家族からのご紹介（　）・ ホームページを見て ・ 通り道で
・ パンフレットやチラシを見て ・ 電柱看板を見て ・ タウンページを見て ・ 近いから
・ 当院かかりつけ（前に来たことがある） ・ その他（　）

ご記入いただきました個人情報は、当院において適正に使用し、厳重に保管・処分いたします。