

すみよし内科クリニック 初診 問診票

☆お手数ですが、わかる範囲で記入してスタッフにお渡し下さい☆

フリガナ ()

お名前 () 年齢 () 歳 性別 男・女 (いずれかに○)

生年月日 (M,T,S,H) 年 () 月 () 日

住所 (〒 -)

()

電話番号 () 携帯電話番号 ()

1. 今日はどのようなことで来院されましたか？

2. それはいつ頃からですか？

3. 今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか？

はい (病気:) 年齢: 歳)

(病気:) 年齢: 歳)

いいえ

4. 今までに手術や入院したことがありますか？

はい (手術や入院の理由:) 年齢: 歳)

(手術や入院の理由:) 年齢: 歳)

いいえ

5. 生活習慣についておたずねします。

1) タバコを吸いますか？

はい (1日 本を 年間) ・ いいえ ・ () 歳で 禁煙した

2) アルコールを飲みますか？

はい (時々、 2～3日おき、 ほぼ毎日を 年間) ・ いいえ

6. 現在服用中の薬がある方は、お薬の名前をご記入下さい。

7. 今までに薬を飲んだり、注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体に発疹がでたことがありますか？

はい (詳しく:) ・ いいえ

8. 女性の方にお伺いします。

1) 妊娠していますか？

はい (ヶ月) ・ 可能性あり ・ いいえ ※最終月経開始日: 月 日

2) 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

9. 会計時に、領収書と一緒に明細書の希望はありますか？ 希望する ・ 希望しない