

# 外来初診受診の方へ(問診票)

受付に提出してお待ちください。不明点は空欄でも大丈夫です。

フリガナ			生年月日	
氏名			西暦	年 月 日 歳
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	身長	cm 体重 kg
〒	-	住所		
お電話番号	自宅	携帯		

・当クリニックを、お知りなったきっかけは何ですか。(複数選択でも構いません。)

- インターネットで知った。
- 天王町駅のそばで知っていた。
- 他の医療機関から紹介された。
- 駅看板で知った。
- 知人・家族から聞いた。
- その他。
- バスの放送案内で知った
- 以前に受診したことがある。

・どのような症状・ご用件で来院されましたか。(複数選択でも構いません。)

- 腹痛
- 体重減少
- 発熱
- むかつき
- 吐血
- 倦怠感
- 食欲不振
- 肛門痛
- 頭痛
- 便秘
- おなかがはる
- めまい・ふらつき
- 下痢
- 咳
- 血便・下血
- 腹部のしこり
- かぜ症状
- 検診で異常を指摘
- 内視鏡検査希望
- 検診希望
- 血圧が心配
- 健康診断希望
- 糖尿病が心配
- 予防接種希望
- 術後の体調が心配
- けがをした/やけどをした
- その他 ( )

・いつごろから どの様に。

・今までかかった病気や治療中の病気があれば、時期も含めてご記入ください。

- なし
- 喘息
- その他
- 高血圧
- 糖尿病
- 心臓病
- 高脂血症
- 頃から
- 頃から
- 頃から
- 頃から
- 病名 ( )

・いままで手術の経験はありますか。

- なし  あり
- 手術内容 ( )
- いつ頃 ( )

・現在飲んでいる薬はありますか。(わかる範囲でお願いします。お薬手帳持参の方は記入不要です。)

- なし  あり
- ① ② ③
- ④ ⑤ ⑥

・アレルギーはありますか。

- 薬品・食べ物  なし  あり ( )
- その他  なし  あり ( )

・タバコ  吸わない  吸っている  以前に吸っていた 1日平均 本 約 年間

・アルコール  飲めない  飲まない  しだいに飲めるようになった  若いころから飲める  
種類: 1回; 杯  
 ほぼ毎日  週2,3回程度  月に数回  年に数回

・女性の方へ、妊娠の可能性について。授乳について。

- ない  ある  不明  閉経している
- 現在授乳中

ご記入、ありがとうございました。  
天王町セントラルクリニック