

ID.....

KT.....

### 初診申込み・問診票

年 月 日 申込  
 明・大・昭・平  
 ふりがな  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 (〒 - )

住 所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

※ 下記について今後の重要な参考となりますので、ご記入ください。

★ 本日受診することになったおもな症状は？

いつごろからですか？ \_\_\_\_\_ どのような症状ですか？ \_\_\_\_\_

★ これまでに治療を受けたり、診断されたことがある疾患に○をつけて下さい。

高血圧	糖尿病	心臓疾患	脳血管障害	喘息	腎臓病
リウマチ性疾患	緑内障	前立腺肥大	肝疾患	椎間板ヘルニア	
胃十二指腸潰瘍	その他 _____			特になし	

★ 今までに大きな「けが」や手術をしたことはありますか？

いつごろですか？ \_\_\_\_\_ どのような？ \_\_\_\_\_

★ 今までに、くすりや食べ物等に対するアレルギーがありましたか？

(じんましんが出たり気分が悪くなったり など)

ある → くすりや食べ物の種類 → \_\_\_\_\_

(例. ペニシリン系・ピリン系)

ない

★ 現在、飲まれているお薬はありますか？

ある ( \_\_\_\_\_ ) ない

★ 酒やたばこは、だいたい一日どれくらい のみですか？

酒 \_\_\_\_\_ 合 \_\_\_\_\_ ビール \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ たばこ \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_

★ 輸血を受けたことがありますか？ (○で囲む)

ある \_\_\_\_\_ ない \_\_\_\_\_

★ 女性の方へ 現在妊娠は？

している ( \_\_\_\_\_ ヶ月) \_\_\_\_\_ してない \_\_\_\_\_ わからない \_\_\_\_\_

★ 当クリニックをどのようにして、お知りになりましたか？

- 1) 以前の病院で 2) 近くに住んでいて 3) 家族 4) 新聞広告 6) 野立て看板  
 7) ホームページ 8) タウンページ 9) その他 ( \_\_\_\_\_ )

何かわからないことがありましたら、お気軽に受付にお問い合わせ下さい。