

初診問診票

内科全般・皮膚科・アンチエイジング

ご記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日
お名前						
連絡先	〒	電話				
		体温		℃		

本日はどうなさいましたか。(複数回答可)

- 発熱 (最高 ℃) たん せき 鼻水 鼻づまり
 のどの痛み 頭痛 腹痛 下痢 便秘
 はきけ 発疹 その他 ()

いつからですか？

- 今日 () 日前から その他 ()

上記の症状でほかの病院を受診されましたか？

- いいえ はい

今まで大きな病気あるいは現在治療中の病気がありますか？

- いいえ はい 今までの病気 ()
現在治療中の病気 ()

現在飲まれているお薬はありますか？

- いいえ はい (薬:)

今までに食品や薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？

- なし あり (薬: 食品: その他)

たばこについて

- 吸わない 過去に吸っていた 現在吸っている; 1日平均 本 (~ 歳)

お酒について

- 飲まない 毎日飲む ときどき: 週 回

現在妊娠している可能性 (女性の方への質問です)

- あり なし

授乳中

- はい いいえ

当クリニックを知ったきっかけは何ですか？ (複数回答可)

- 家から近い 学校から近い 知人や家族からの紹介 看板 インターネット (ホームページ)
 その他 ()

その他、先生に聞きたいことはありますか？