

※この欄は医療者が記入します※

初診問診票

検尿 隔離 1 2 3 4

身長： cm 体重： kg
血圧： / mmHg 脈： /分
体温： . °C 日付： / /

ふりがな		住 所	
お 名 前			
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	電 話	- -
性別： 男・女 年齢： 歳（未婚・既婚）		職 業 （学校名）	

①来院した目的に印を付けてください。

健康診断（特定健診） 予防接種 同意書 症状がある 禁煙外来

②具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか？

③いつ頃からですか？（発熱の場合は、計測した時間と体温も記入してください）

④内服中のお薬・サプリメントがある場合、記入して下さい。 ※お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい

⑤生まれてから現在まで、大きな病気やケガをしましたか？ ※2つ以上ある方は裏面にご記入下さい

いいえ はい（病名： 年齢： 歳頃）

⑥お薬・食べ物・注射などでアレルギー症状が出たことがありましたか？

ない ある（ ）

⑦喫煙・飲酒について

◆タバコ：吸わない やめた（ 年前） 吸う（1日平均 本× 年）

◆禁 煙：禁煙興味なし 禁煙治療したい（治療受けたい 説明希望）

◆お 酒：飲まない 飲む（週 日 種類： 量： ）

⑧どのようにして当院を知りましたか？

紹介（ ） ご家族の受診 通りがかり インターネット その他

⑨女性の方のみお答え下さい。

◆妊 娠：していない 可能性あり している（ ケ月） 授乳中

ご協力ありがとうございました



 **開邦クリニック**