初　診　問　診　表

〒　　－

住　　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　男性　・　女性

生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日

①本日は、どのような症状で、ご来院されましたか？

②その症状は、いつからですか？

③薬や点滴、注射等を接種して副作用が出たことがありますか？

はい（　　）　いいえ

④アレルギー体質ですか？

はい（ぜんそく・花粉症・じんましん・アトピー性皮膚炎等）　いいえ

⑤下記の病気になったこと、今なっているものがありますか？

糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・高血圧・神経症・高脂血症・脳卒中・

緑内障・その他（　　）

⑥今までに入院したり、手術を受けたことがありますか？

はい（　　）　いいえ

⑦現在、他院の診察や投薬をうけていますか？

はい（　　）　いいえ

⑧酒類を飲みますか？

はい（１日　　合）　いいえ

⑨タバコを吸いますか？

はい（１日　　本）　いいえ

⑩（女性のかたに）現在、妊娠されていますか？

はい　　いいえ　　わかりません

⑪（女性のかたに）現在、授乳中ですか？

はい　　いいえ

⑫当院にご来院いただいた理由に○を付けて下さい。

イ、家族・友人・知人に聞いて

ロ、広告を見て（インターネット・電話帳・屋外看板・その他）

ハ、以前、通院していたことがある

ニ、その他（　　）

※ご記入いただいた内容は本人の同意なくして他の目的への使用や第三者への提供はいたしません。

医療法人　山田クリニック