

拝島やまかみクリニック 初診問診票

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 平成
連絡先	〒	TEL
職業		E-mail :

1、本日はどうされましたか？当てはまる項目に○で囲むか、ご記入下さい。

咳 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 喉の痛み 腹痛
下痢 便秘 関節痛 リウマチ 高血圧 禁煙希望 いびき(無呼吸)
その他()

2. いつからですか？

3、上記の症状で他の病院を受診されましたか？

4、今までに大きな病気や外傷あるいは、現在治療中の病気はありますか？

5、現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ある（ ）

6、今までに薬などのアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

7、たばこ： 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸っている → ()本/日()年間

8、お酒： 飲まない ・ 飲む → 週に() 回

9、妊娠の可能性： あり ・ なし 授乳中： はい ・ いいえ

10、当院を知ったきっかけ： 紹介 ・ 通りがかり ・ 看板 ・ ネット