

拝島やまかみクリニック 初診問診票

確認	確認

お名前	ふりがな	性別	男性 ・ 女性
		生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話		職業	

1、本日はどうされましたか？当てはまる項目に○を囲むまたは、ご記入下さい。

咳 鼻水 鼻づまり 吐き気 嘔吐 喉の痛み 腹痛 頭痛

下痢 便秘 関節痛 リウマチ 高血圧 禁煙希望 いびき(無呼吸)

熱_____℃ 海外渡航歴(1ヶ月以内) あり ・ なし 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・外傷あるいは現在治療中の病気はありますか？

5、現在、飲んでいるが薬はありますか？

ない ある ()

6、今までにアレルギー・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