

しずかクリニック 初診問診票

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 平成 昭和 年 月 日
ご連絡先	〒	TEL

以下の項目に記入をお願いします。 □にチェックをお願いします。

■本日はどうなさいましたか？ 具体的をお願いします。

(いつから)

■今まで、大きな病気や外傷、あるいは現在治療中の病気がありますか？

なし

あり → ・具体的にお書きください ()

・いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

■ご家族で、大きなご病気をされた方はありますか

なし

あり → どんなご病気ですか？ ()

■現在、飲まれているお薬はありますか？ (市販薬も含む)

なし / あり → (薬品名)

■今までアレルギー/特異体質といわれたことがありますか？

なし / あり (薬品・食品の名前)

■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 (~ 歳)

■酒: 飲まない / 飲む → 毎日 / 週に (回) / 機会飲酒 (種類: 量:)

■妊娠の可能性: なし あり ■授乳中: いいえ はい

■ご来院のきっかけを教えてください

ご家族・知人の紹介 パンフレット クリニック前を通過 ブログ

ホームページ 病院紹介サイト (サイト名)

ご記入、ありがとうございました。 順番までお待ちください。