

初診		しょうのクリニック 内 科 問 診 票		記入日	年	月	日
下記の間診内容についてわかる範囲内で結構です。診察の参考にさせていただきます。							
フリガナ		男 女	生年月日				
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 () 才				
住所 〒			職業				
電話番号 (自宅)				(携帯)			
E-mail : @							
本日受診されました理由について							
1) いつ頃から? () どのような症状がありますか? () この症状で他の病院を受診されましたか? (はい ・ いいえ) そのときにお薬をもらわれましたか? (はい ・ いいえ) おくすり手帳をお持ちですか? (はい ・ いいえ)							
2) 検診希望 ・ 胃 ・ 大腸 ・ 肝臓 胆嚢 ・ 乳腺 ・ 甲状腺 ・ 婦人科 ・ その他							
3) 会社の検診や人間ドックなどで異常を指摘された							
4) 他施設からの紹介 : 紹介状 (あり ・ なし)							
現在の状態を教えてください。 (身長 cm / 体重 kg)							
食 欲 (良い ・ 普通 ・ 不良) 睡 眠 (良い 普通 不良) 便 通 (良い ・ 下痢 ・ 便秘) 運 動 (定期的に運動している ・ 特に何もしていない)							
今までに大きな病気にかかったことはありますか? (なし ・ あり)							
①心臓病 ②脳梗塞・脳出血 ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症 ⑥がん (部位) ⑦肝臓病 ⑧腎臓病 ⑩気管支喘息・COPD ⑪結核・肺炎 ⑫骨折 ⑬その他 () ⑭手術を受けたことが (ない ・ ある) 何の手術でしたか? ()							
おいくつの時ですか? () 歳 () 歳 () 歳 () 歳							
どこの病院でその治療を受けましたか? (今も病院に通っている ・ 今は通っていない) ()							
お薬や食べ物にアレルギーはお持ちですか? (なし ・ あり)							
お薬の名前 () 食べものの名前 ()							
嗜好品について							
タバコ (吸ったことはない・毎日 本吸っている ・ 禁煙できなかった・禁煙した) お酒 (飲まない ・ ビール/日本酒/焼酎/ワインを1日 本(合) 飲む ・ 断酒した) ドラッグストアやネットで購入して使っている薬・健康食品・サプリメントが (ある ・ ない)							
父母兄弟で次の病気にかかった方がいますか?							
①心臓病 ②脳梗塞・脳出血 ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症 ⑥がん (部位) ⑦肝臓病 ⑧腎臓病 ⑩気管支喘息・COPD ⑪結核・肺炎 ⑫骨折 ⑬その他 ()							
女性の方へお伺いします (男性の方は記入不要です)							
妊娠している可能性は? (あり ・ なし) 生理 (順調 ・ 不順 ・ 歳で閉経した) 授乳をされていますか? (あり ・ なし)							
ご協力ありがとうございました。							