

こにしクリニック外来問診表

受付日 年 月 日

※印は必ず記入して下さい。

※ フリガナ					
※ 氏名					
※ 生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(男・女)
※ 住所	〒 ー				
※ 電話番号	()	携帯番号	()		
職業		身長	cm	体重	kg

- ※ 当院に受診されたことはありますか。(初診・一年以内にある・二年以上前にある)
- ・ 本日紹介状をお持ちですか。(持っている・持っていない)

1. 今日は何で受診しますか。(例えば〇〇が痛い、〇〇がはれている など)

2. 今まで大きな病気にかかったことがありますか。

- ・ ある (高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・胃潰瘍・悪性腫瘍その他)
- ・ ない

◎ 今何かお薬は飲まれていますか。(はい・いいえ)

ある場合、おわかりになればお知らせください。

3. タバコを吸われますか。

- ・ 吸っている (1日 本くらい) ・ 以前吸っていた (年前・ 本 / 日くらい)
- ・ 吸わない

4. アルコールは飲まれますか。

- ・ 飲む (種類: 、どのくらい)
- ・ 飲まない

5. 薬や食べ物でアレルギーをおこされたことはありますか。

- ・ ある ()
- ・ ない

6. ご家族や血縁者の中におおきな病気をされた方はいますか。

- ・ いる (受診者と続柄:) (病名:) ・ いない

7. 女性にお聞きします。現在あなたは

妊娠 (している・していない) ・ 授乳 (している・していない)

8. 当院を受診したきっかけを教えてください (複数選択可)

- (自宅から近いから・職場から近いから・知り合いから聞いて・評判を聞いて・インターネットを見て・野立て看板を見て・広告を見て・以前診察を受けたから)