

きむら内科小児科クリニック 初診問診票 内科

記入日 西暦 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
	性別：男・女	大正・昭和・平成 年 月 日
連絡先	〒 —	電話番号
		自宅 — — 携帯 — —

以下の項目について、□に✓チェックもしくはご記入ください。

■本日はどうなさいましたか？（いつ？何をしているとき？どのような症状？どの部位？程度は？など）

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？（□はい・□いいえ）

■現在治療中の病気はありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・それはどのような病気ですか？（)

■現在内服されているお薬はありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・どのようなお薬ですか？（)

■今までに大きな病気にかかったり、手術のご経験はありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・それはいつ、どのような病気でしたか？ 年齢順にお書きください。（例）15歳 肺炎、21歳 虫垂炎など
（)

■食物やお薬で発疹が出たり具合が悪くなったことはありますか？（□はい・□いいえ）

「はい」とお答えの方にお伺いします。

・原因はなんでしたか？（食物名： 薬剤名：)

■たばこは吸われますか？（□吸わない・□以前吸っていた・□現在吸っている：一日 本を 年）

■お酒は飲まれますか？（□飲まない・□以前飲んでいた・□現在飲んでいる：一日量 週 日）

■身内の方に次のような方はいらっしゃいますか？

（□癌 □高血圧 □高脂血症 □糖尿病 □脳卒中 □脳梗塞 □狭心症/心筋梗塞 □その他)

■女性の方にお伺いします。妊娠されていたり、妊娠の可能性はありますか？（□はい・□いいえ）

■現在のご職業をお書きください。（)

■その他お聞きになりたいことはございますか？（)

■何を見て当院をお知りになりましたか？

□インターネット（□PC・□スマホ） □ご家族、知人の紹介 □折り込みチラシ □SNS

□看板 □他医療機関の紹介 □いつも前を通っているから □その他（)

ありがとうございました。診察までしばらくお待ちください。

※当院では個人情報をお客様への医療サービス提供等を目的として利用させていただいております。

なお、お客様に安心して医療を受けていただくために個人情報の取り扱いには万全の態勢で取り組んでおります。