初めて当院を受診される方への問診票

フリガナ		男	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日生	
名 前		女	被保険者(世帯主)との続柄	本人 ・ 家族
住 所	〒　　－		電 話 番 号	(　　) －
			携 帯 番 号	

1. 今日はどうされましたか？ （いくつでも可）

熱（　　度）、喉の痛み、咳、痰、鼻水、頭痛、胃 痛、腹痛、胸痛、筋肉痛、下痢、吐き気、だるい、
そ の 他

その症状はいつ頃から始まりましたか？
今日、(　　日前)、(　　週間前)、(　　ヶ月前)、(　　年前)、 そ の 他

2. 今までかかった病気がございましたら〇印を付けて下さい。 または病名を書いて下さい。

高 血 圧、心 臓 病、糖 尿 病、胃 潰 瘍、肝 臓 病、腎 臓 病、脳 疾 患、リ ウ マ チ、喘息、アレルギー、

3、現在、飲んでいる薬がございましたらお書き下さい。

4. アレルギー体質があると言われた事がありますか？
ある　（具体的に何のアレルギーですか？）
ない　　わからない

＊5. 6は、女性の方のみへの質問です。
5. 現在妊娠中ですか？　　妊娠の可能性がありますか？　　は い ・ い い え

6. 現在授乳中ですか？　　は い ・ い い え

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ （該当項目に〇印を付けて下さい。）
1. 家族の紹介。2. 知人の紹介。3. 紹介状を持参。4. 近所に住んでいる。5.ホームページを見て
6. 勤務先が近い。6. 通勤途中で見て。7. クリニックの看板を見て。8.広告・チラシを見て。
その他(　　)

8. その他、相談したい事、または何か在りましたらお書き下さい。