ふじもとクリニック　初診問診票

記入日　　年　　月　　日

お名前	ふりがな	性別	生年月日
		男・女	大正 昭和　　年　　月　　日 平成
住所	〒		TEL（携帯） （自宅）
職業	会社員 ・ 自営 ・ 主婦 ・ 学生 ・ その他（　　）		

以下の項目について、〇で囲む、もしくはご記入ください。

■本日はどうなさいましたか。具体的に

・腹痛　・嘔気　・下痢　・胸痛　・動悸　・倦怠感　・咳　・発熱　・健診で異常

・その他［　　］

体温　　℃

■いつからですか？　　約　　日・週間・月　　頃から

■上記の症状でほかの病院を受診されましたか？　いいえ　はい（医療機関名　　）

■今まで大きな病気・外傷、あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし　・あり　→どんな病気・けがでしたか？（　　）

いつ頃（約　　ヶ月前/約　　年前 医療機関（　　）

現在治療中（　　）

■現在、飲まれているお薬はありますか？

・なし　・あり　→　どんなお薬ですか？（　　）

■ご両親・ご兄弟・血縁関係の方で大きな病気や現在治療中の病気の方はいらっしゃいますか？

・なし　・あり　→父・母・兄弟・その他血縁の方（　　）

がん　高血圧　糖尿病　高脂血症　肝臓病　その他（　　）

■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:　　食品:　　）

（その他:　　）

■たばこ:　吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 現在も吸ってい 1日（　　）本　×（　　）年

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

■海外渡航歴:　なし ・ あり　期間（　　月　　日～　　月　　日）　国名（　　）

■妊娠の可能性:　あり ・ なし　　授乳中:　はい ・ いいえ

■当クリニックをお知りになったのは？

*通りがかり　*インターネット（ホームページ）　*ドクターズファイル　*雑誌

*知人のすすめで　*他院の紹介　*その他（　　）