

初診問診票

ふりがな
 氏名 _____ 年齢 _____ 歳
 電話番号 _____ () - _____
 〒 - _____ 住所：
 ↑住所は保健証に記載がない場合にご記入下さい

体温： _____ °C

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけて下さい。

建物をみて ()、駅看板をみて ()、折込チラシをみて ()、インターネットで検索 ()、
 玉川医師会ホームページをみて ()、家族から ()、知人・友人から ()、他院の紹介 ()、
 ブログの紹介記事をみて () →どなたのブログでしょうか？ ()、
 その他 ()

1. 症状、ご相談内容を○で囲んで下さい (複数可)。

- カゼ症状： 熱 ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ のどの痛み ・ その他 ()
- 腹部症状： 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ その他 ()
- 血圧のことで、呼吸器系のことで、血糖値のことで、コレステロールのことで、アレルギーのことで、
 健康診断の結果について、ケガのことで (具体的に：)
- アンチエイジング (AGA、EDなどを含む) について、ビタミン点滴について
- その他 ()

2. 今回のことで他の病院にかかりましたか？ → いいえ・はい (病院名)

3. あなたは、今までに通院、入院、手術をするような病気にかかったり、怪我をしたことはありますか？

ない ()
 ある ()

3 あなたのご家族 (血縁者) で次の病気をされた方がいますか？ (○で囲って下さい)

- | | | | |
|-----------|--------------|------|--------------|
| ■高血圧症 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 | ■糖尿病 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 |
| ■高コレステロール | 祖父、祖母、父、母、兄弟 | ■脳卒中 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 |
| ■心筋梗塞・狭心症 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 | ■心不全 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 |
| ■アレルギー性疾患 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 | ■膠原病 | 祖父、祖母、父、母、兄弟 |

4 (1) 薬を飲んで、発疹等のアレルギー症状が出たことがありますか？

ない ・ ある (薬品名)

(2) あなたは、常用している薬がありますか？ (市販薬を含む)

ない ・ ある (薬品名)

5. タバコは吸いますか？ いいえ・はい (本/日 約 年間) (年前に禁煙した)

6. 女性の方にお尋ねします。

■現在妊娠していますか？ いいえ・はい (月) ・不明 ■現在授乳中ですか？ いいえ・はい



ご協力ありがとうございました。

二子玉川 齋藤メディカルクリニック