

予約なし・あり (:)

ひばりヶ丘北口駅前クリニック 初診問診票 (成人)

※高熱、呼吸困難など緊急の診察の必要な方は受付で申し出てください。

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日 (年齢) (性別)
		年 月 日 () (男・女)
連絡先	〒	TEL:

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■受診希望科 (内科・アレルギー科・皮膚科・胃腸科・肛門科・外科・自由診療)

■本日はどうなさいましたか。

(体温 °C)

■いつからですか？

約

頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ()

■今まで大きな病気・けが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)

現在治療中: (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり → どのようなお薬ですか？ ()

■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・現在も吸っている: 本/日 (~ 歳)

■酒: 飲まない・飲む: 毎日・週 () 回・機会飲酒 (種類: 飲酒:)

■妊婦の可能性: あり ・ なし 授乳中: はい ・ いいえ