

第2上田クリニック 初診問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		T S H 年 月 日
ご住所	〒	年齢
お電話番号		ご職業

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。具体的にお書きください。

_____ (体温 _____℃)

■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・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)

現在治療中： _____ (医療機関 _____)

■現在内服中のお薬はありますか？

・なし ・あり → 薬の名前を教えてください (_____)

■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

■どのようにして当院を知りましたか？

・近くだから ・知人からの紹介 ・以前から診察を受けていた ・ホームページを見た

・その他