

ひらのクリニック問診票【初診用】

年 月 日

身長 cm 体重 kg

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成		
氏名				年	月	日
住所	〒	電話番号				
		携帯				

1) いつ頃からどのような症状がありますか？

現在の体温

- ・ いつ頃からですか (年 月 日)
- ・ どのような症状ですか

発熱 ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ たん ・ のどの痛み ・ 息苦しさ ・ 胸痛
 胸部圧迫感 ・ 動悸 ・ 不整脈 ・ めまい ・ 体重減少 ・ 食欲不振 ・ 吐き気 ・ 嘔吐
 みぞおちの痛み ・ 下腹部痛 ・ 下痢 ・ 黒色便 ・ 下血 ・ 口渇 ・ 全身倦怠感 ・ 不眠
 その他()

2) 現在飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある ある方は、お薬手帳を、ご用意ください。
 お薬手帳がなければ、お薬の名前()

3) 今現在、何らかのご病気で病院におかかりですか？

はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 不整脈 ・ 心臓 ・ 脳・神経 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 肺
 胃腸 ・ 泌尿器 ・ その他()

4) 今までに何らかのご病気で入院や手術をされたことはありますか？

はい ・ いいえ

* 簡単で結構です。後で看護師がうかがいます。

5) お薬や食べ物、麻酔薬等のアレルギーがありますか？

ない ・ ある 食品 ・ 薬剤名()

6) 飲酒しますか？

しない ・ する ビール 本/日 日本酒・焼酎 合/日 ワイン 杯/日

7) 喫煙されますか？

しない ・ する ・ 禁煙 (いつから 本/日)

8) 女性にお聞きします。授乳中または妊娠中、妊娠の疑いがありますか？

ない ・ 授乳中 ・ 妊娠中()週

9) どうやって当院をお知りになりましたか？(2つ以上回答可)

1. ホームページ 2. 看板() 3. チラシ 4. 知り合いのご紹介
 5. 前を通過 6. その他()