

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

生
年
月
日

昭和・平成・令和・西暦

氏 名

女

年 月 日 才

住 所

〒

電話番号

携帯

1) どのような症状がありますか？

- ・いつ頃からですか（ 年 月 日）
- ・どのような症状ですか

現在の体温 【 】

脈拍

血圧

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

〔 〕

また、ご両親やご兄弟に高血圧・糖尿病・がんの方はいらっしゃいますか？

はい・いいえ

* 簡単で結構です。後で看護師が伺います。

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) マイナ保険証を利用する際に、診療情報取得に同意しますか？ 同意する 同意しない

10) 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. 知り合いのご紹介 4. その他（ ）