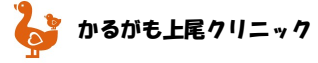


初診問診票



かるがも上尾クリニック

ID

令和 年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日
氏名		大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所 〒		
電話番号	携帯番号	

(現在の熱 °C)

◎ 今日、どのような症状で受診されますか。

()

◎ 症状は、いつからですか。

()

◎ 現在治療中または過去に指摘された病気はありますか。

・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・脳卒中 ・心臓病 ・喘息 ・肺炎 ・結核 ・肝臓病 ・腎臓病
・がん ・その他()

◎ 現在、通っている病院は、ありますか。

()

◎ 現在、飲んでる薬はありますか。

・なし ・あり()

◎ 過去に手術をしたことはありますか。

・なし ・あり()

◎ アレルギーは、ありますか。

・なし ・あり(薬 食べ物)

◎ 飲酒・喫煙(1日)

・飲まない ・飲む(合) ・吸わない ・吸う(本)(年間)

◎ (女性の方) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。

・はい ・いいえ ・わからない

ご記入ありがとうございました。