

ID :

## 初診 問診票

ふりがな		男 女	生年月日	西暦	年	月	日
お名前	様		年齢			(	歳)
ご住所	〒 _____						
自宅電話番号			携帯番号				
お車で来院の方 車種： _____ 色： _____ 車両ナンバー： _____							
アレルギー（食べ物・薬）			来院時体温 発熱の方	※15歳以下の方のみ教えてください			
			( ) °C	体重 ( ) kg			
※女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 週) <input type="checkbox"/> 可能性あり		授乳中ですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	

お手数ですが、該当する□に✓をお願いいたします。

来院目的	<input type="checkbox"/> 治療・相談 <input type="checkbox"/> 転院希望 <input type="checkbox"/> にんにく注射 <input type="checkbox"/> プラセンタ注射 <input type="checkbox"/> 高濃度ビタミンC点滴 ( <input type="checkbox"/> エイジングケア <input type="checkbox"/> がん治療目的) <input type="checkbox"/> その他 ( )
どちらで当クリニックをお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 他院で先生にかかっていた <input type="checkbox"/> 新聞・チラシ <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 交差点の看板 <input type="checkbox"/> 電柱の案内板 <input type="checkbox"/> クリニックの前を通過 <input type="checkbox"/> インターネットで見た ( <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スマホ) <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> 友人・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )
今回の症状はいつ頃からですか	<input type="checkbox"/> ( ) 日前から <input type="checkbox"/> ( ) 週間前から <input type="checkbox"/> ( ) ヶ月前から <input type="checkbox"/> その他 ( ) から
今回の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 最高 ( ) °C <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 関節・筋肉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 ( <input type="checkbox"/> 夜から朝方に咳き込む) <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻づまり <input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 声が出ない <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 吐き気 (嘔吐： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 更年期 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> ぼうこう炎 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 健康診断結果再検査・相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名・薬の名前 (※お薬手帳がありましたら、受付にお出してください)
過去に治療した病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※裏面もご記入下さい。↓

<b>処方希望する薬</b> <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> どちらでもいい	<b>具体的に処方してほしい薬</b>	<b>処方をさけてほしい薬</b> アレルギーで記載した薬は記載しなくてけっこうです
<b>希望する検査</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 超音波 ( <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 心臓 ) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 (骨密度) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <b>感染症検査</b> <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> ノロウイルス (3~64歳の方は自費になります)	
<b>喫煙</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 日 ( ) 本 <input type="checkbox"/> やめた ( ) 歳まで吸っていた	
<b>飲酒</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 週 ( ) 日 種類・量 ( ) <input type="checkbox"/> やめた ( ) 歳まで飲んでいました	

ご協力ありがとうございました。