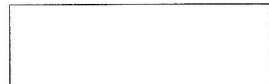


日付 _____ ID _____



あさひまちクリニック 問診票 【初診】

フリガナ _____

お名前 _____ 男・女 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 歳)

(※必ずご記入下さい)

住所 〒 _____ 番 (_____)

- ① 今日はどういうことで来院されましたか？(○で囲んで下さい)
熱がある ・ せき ・ おなか ・ のどが痛い ・ めまい
痛み(どこが? _____) ・ その他(_____)
→それはいつからですか? _____ 日前から
→その症状は、(○で囲んで下さい)
良くなっている ・ 悪くなっている ・ 変わらない
- ② これまでに大きな病気をしたことがありますか？
(○で囲んで下さい)
ない ・ ある →病名 _____
- ③ 血のつながった家族の中に、大きな病気をしたことがある人はいますか？(○で囲んで下さい)
いない ・ いる →病名 _____
- ④ これまでに薬でアレルギーを起こしたことはありますか？
(○で囲んで下さい)
ない ・ ある →薬の名前 _____
- ⑤ 今現在服用している薬、投与している注射はありますか？
(○で囲んで下さい)
ない ・ ある →薬の名前 _____
- ⑥ 他に通院されている病院はありますか？(○で囲んで下さい)
ない ・ ある →病院名 _____
→病名 _____
- ⑦ たばこを吸いますか？(○で囲んで下さい)
吸わない ・ 吸う(1日 _____ 本) ・ 過去吸っていた(約 _____ 年間)
- ⑧ お酒を飲みますか？(○で囲んで下さい)
飲まない ・ 過去に飲んでいて
飲む → 毎日 ・ 週 _____ 回 ・ 月 _____ 回
(酒の種類) _____ を 1回に _____ 杯
- ⑨ 当院を何でお知りになりましたか？【複数選択可】
近くを通りかかって ・ 家族・知人の紹介 ・ 電柱広告を見て
看板を見て ・ インターネット検索 ・ ホームページ
その他(_____)

他に何かあればこちらにご記入下さい

【看護師記入欄】
体温 _____ °C

※他にお伝えしたいことがある場合は、右上欄にご記入下さい

書き終わりましたら、受付にお出し下さい。