

FAX : 072-759-8001

初診問診票



咲クリニック

旧称 磯崎医院

ご記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和	(歳)	<input type="checkbox"/> 女性
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			
ご自身以外の緊急連絡電話番号		お名前	続柄		

☆ 具合の悪いのは、いつからですか？

今日から (_____ 時頃より) _____ 日前より _____ 週間前より

_____ ヶ月前より _____ 年前より _____ 月 _____ 日から

体温 : _____ °C

身長 : _____ cm

体重 : _____ Kg

☆ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

頭痛 のど痛 鼻水

咳 痰 倦怠感

さむけ 発熱 関節痛

腹痛 下痢 はきけ

めまい 発疹 胸痛

◎ 今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃か () にご記入ください。

喘息 (_____ 頃) 肺炎 (_____ 頃) 脳の病気 (_____ 頃)

高血圧 (_____ 頃) 糖尿病 (_____ 頃) 高脂血症 (_____ 頃)

心臓病 (_____ 頃) 肝臓病 (_____ 頃) がん (_____ 頃)

その他 (病名 : _____) (_____ 頃)

◎ 今までに手術の経験はありますか？ あり なし

◎ 現在、飲んでいる薬はありますか？ あり なし ➡ お薬手帳をご用意ください。

◎ 副作用が出たことのある薬はありますか？ あり なし
薬の名前 :

◎ 緑内障 (眼圧が高い) はありますか？ あり なし

◎ 男性の方へ
前立腺肥大症はありますか？ あり なし

◎ 女性の方へ
妊娠している可能性はありますか？ あり なし