FAX：072-759-8001

初診問診票

咲クリニック
SAKI CLINIC

ご記入日　　年　　月　　日

ふりがな		生年月日・性別	□大正 □昭和 □平成　年　月　日（　歳）	□男性 □女性
お名前				
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：　　℃
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