

きたはたファミリークリニック 初診問診票 (成人)

※けが (出血)、高熱、呼吸困難など緊急の診察が必要な方は受付で申し出てください

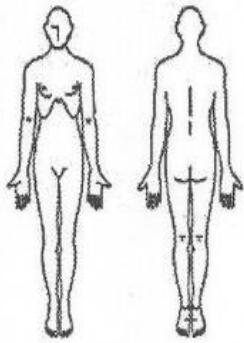
記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年 齢	性 別
氏 名		明・大・昭・平 年 月 日	歳	男・女
住 所	(〒 -)	県・都	市	
電話番号	- -	携帯電話番号	- -	

★お近くにコロナ感染症の陽性者や濃厚接触の疑いの方がいらっしゃいますか？ いいえ・はい

受診希望科 (内科・外科・アレルギー科・皮膚科・自由診療)

1. 今日はどうしましたか？

- ① いつからですか？ ()
- ② 症状 () 体温 () °C
- ③ 症状のある部位を○で囲んでください → 
- ④ 来院する前に薬を飲んだりつけたりしましたか？ いいえ/はい ()
- ⑤ 以前にも同じ症状がありましたか？ いいえ/はい いつ頃 ()
- ⑥ どのような治療をされましたか？ ()

2. 今までに手術やけが・大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ/はい 病名 () いつ頃 ()

心不全 腎障害 肝障害 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 前立腺 緑内障 脳卒中

3. 他にかかっている病院・医院はありますか？ いいえ/はい ()

飲んでいる薬はありますか？ いいえ/はい ()

4. 薬や注射・食べものでじんましんや気分が悪くなったことはありますか？ いいえ/はい

どんなものですか？ ()

5. 女性の方へ

① 妊娠されていますか？ いいえ/はい/わからない 何週目頃 ()

② 授乳されていますか？ いいえ/はい

6. ① お酒を飲まれますか？ いいえ/時々/毎日 ()

② タバコは吸いますか？ いいえ/過去にある/1-2本/10本まで/10本以上

7. その他、心配事や要望がありましたらお書きください

胃カメラ 超音波 (エコー) 検査 血液検査 レントゲン 睡眠 禁煙 AGA

その他 ()

8. もしよろしければ当院を受診された理由をお聞かせください

近いから 家族・知人の紹介 看板・広告を見て インターネットのホームページを見て

バスの車内放送を聞いて (北野天神前・高峰) その他 ()

当院からの挨拶状やお知らせ、健康に関する情報に限り、上記個人情報先を利用 (送信・送付) することにご承諾いただけない患者様は、

欄へチェックをお願いいたします。

きたはたファミリークリニック 初診問診票 (小児)

※けが (出血)、高熱、呼吸困難など緊急の診察が必要な方は受付で申し出てください

※麻疹、風疹、おたふくかぜ、水ぼうそうなどの“うつる病気”の疑いのある方は申し出てください

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年 齡	性 別
氏 名		平成 令和 年 月 日	歳	男・女
住 所	(〒 -)	県・都	市	
電話番号	- -	携帯電話番号	- -	

★お近くにコロナ感染症の陽性者や濃厚接触の疑いの方がいらっしゃいますか？ いいえ・はい

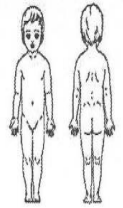
体重 () kg

体温 () °C

受診希望科 (小児科・皮膚科)

2、今日はどうしましたか？

- ① いつからですか？ ()
- ② 症状 ()
- ③ 症状のある部位を○で囲んでください →
- ④ 来院する前に薬を飲んだりつけたりしましたか？ いいえ / ()
- ⑤ 以前にも同じ症状がありましたか？ いいえ / はい いつ頃 ()
- ⑥ どのような治療をされましたか？ ()



3、今までに手術やけが・大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ / はい 病名 () いつ頃 ()

4、他ににかかっている病院・医院はありますか？ いいえ / はい ()

飲んでいる薬はありますか？ いいえ / はい ()

5、薬や注射・食べものでじんましんや気分が悪くなったことはありますか？ いいえ / はい

どんなものですか？ ()

6、もしよろしければ当院を受診された理由をお聞かせください

近いから 家族・知人の紹介 看板・広告を見て インターネットのホームページを見て
バスの車内放送を聞いて (北野天神前・高峰) その他 ()

- 当院からの挨拶状やお知らせ、健康に関する情報に限り、上記個人情報先を利用(送信・送付)することにご承諾いただけない患者様は、
欄へチェックをお願いいたします。