## きたはたファミリークリニック 初診問診票

## ※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

フリガナ(	)	生年月日		昭	· 平 ·	令	年	月	日	
お名前(	)	年齢	(		)歳(	)ヶ月	性別	男		女
ご住所 〒 - (						)	体 重		kg	
携帯番号(		)自宅	潘-	号(		-		_		)
診療に役立て	てまっ	すのでわかる	る範	囲て	でお答え	えくださし	١			
1. 受診希望科	777770	// <u>///////////////////////////////////</u>	<b>«</b> ////	(1 <del>44</del> (36)			(/ <u>(4(</u> 2(/////	×/////////////////////////////////////	777777	
(内科·外科		・アレルキ		枓	•	里田診	療	)///////		
2.今日はどうしましたか? (						)				
*お風邪の患者様は10の項目もご記			I- I		_					
3.今までに手術やけが・大きな病気にかっ	20000	4444444444444	ます	か',	<b>?</b> ~~~~~	(((((%)))	((()(4/1/)		///4///	
いいえ はい に に に に に に に に に に に に に に に に に に		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			,	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	つ頃(		)	
心不全 腎障害 肝障害 高血圧 粉	22/27/2		症	痛風	癿 前	立 保 緑	内障	脳卒中		
4.他にかかっている病院・医院はあります	702000	7//////////////////////////////////////	222	97777	/////////	///////////////////////////////////////	////2//////		//////	///////////////////////////////////////
いいえ		はい(					)			
飲んでいる薬はありますか?			7////	77777	77777777	///////////////////////////////////////	<i>\(\)</i>		977777	///////////////////////////////////////
いいえ		7//////2///////////////////////////////					)			
5.薬や注射・食べものでじんましんや気分		- (////////////////////////////////////	aaa	ww	ますか		///////////////////////////////////////		V/////	///////////////////////////////////////
いいえ / はい どん	77//7		71119	0000						( <u>)</u>
9 - 11 - 11 - 1		え/時々/	•		•			4 4 5		)
② タバコは吸いますか? いい	-		53,	/1	-2	本/10	)本まで	ご/102	本以	.上
7.その他、心配事や要望がありましたらお	ana			77772					//////	///////////////////////////////////////
胃カメラ 超音波(エコー)検査	9997	7)77/7/77/77/7/////	9990	9000		その他(				<b>)</b>
8.もしよろしければ当院を受診された理由		<u>.</u>	in	erere	V///////		((((((()))		/////	//44///////////////////////////////////
近いから 家族・知人の紹介	首林				ハタ	ーネット	のホー	-アペー	ジを	·見て
バスの車内放送を聞いて		その他	000000			nn				<b>)</b>
9.女性の方 妊娠中ですか? は		. ,		,	-					
	١,	/ いいえ	. /	/	不明	<u> </u>	協力あ	りがとうご		
10.お風邪の方のみご記入ください								医師記	入欄	
·現在の体温	発素		C)							
・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		時頃								
・症状はいつからですか?	. ,	月	日		)					
咳 / 鼻水 / 鼻づま!										
頭痛/だるさ/関節			-		l					
腹痛 / 花粉症 /							AD			
おう吐(回)/下	痢(	回)/	軟	便						
その他(		)					DA			
l·解熱剤使用 なし / あり(				)						
·周囲の感染者 なし / あり(				)			AZ			

ST PCRST コAg PCRCOV インフル アデノ RS

## きたはたファミリークリニック 初診問診票

※けが(出血)、高熱、呼吸困難を	など緊急の診察	が必要なる	5は受付	で申し出	イでください	1
フリガナ( )	生年月日	昭 ·平	· 令	年	月	日
お名前( )	年齢 (	)歳(	)ヶ月	性別	男	・女
ご住所 〒 - (			)	体 重		kg
携帯番号(	)自宅番	号(	_	-	_	)
診療に役立てま	すのでわかる範	囲でお答	えください	, 1		
1. 受診希望科						
( 皮膚科 / アレル	ギー科 /	自由診	療 /	その作	也 )	
2.今日はどうしましたか?		777/7/7/7/7//	77.77///////////		7//////////////////////////////////////	
(		)				
、 3.今までに手術やけが・大きな病気にかかっ	ったことはあります	か?				
いいえ / はい病名(	2.5.55767	かいつ頃	<b>i</b> (/////	////X/		
心不全 腎障害 肝障害 高血圧 糖尿	表表 高脂血症		7/7////////////////////////////////////	大陸   内障   N	※卒中	
4.他にかかっている病院・医院はありますか		///////////////////////////////////////		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	7	
いいえ/はい(						<b>y</b>
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	:ありますヵ	۰?	///////////////////////////////////////		
いいえ / はい どんなもので	ですか?(					)
6.① お酒を飲まれますか? いい	え/時々/領	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	·/104	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					
超音波(エコー)検査 血液検査	レントゲン	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	1			~~~~~~	
近いから 家族・知人の紹介 看材	仮·広告を見て	て インタ	一ネット	のホー	アペー.	ジを見て
バスの車内放送を聞いて	その他(					)
9.女性の方 妊娠中ですか?	/ いいえ	/ 不同	明			
授乳中ですか? はい	/ いいえ	/ 不明	] :	ぶ協力あり	りがとうご	ざいました
					(	
※診察部位を○で囲んで	〈ださい※	5			1	y {
						) ()
			1			1
		1 11.	111		1 11.	1 1/1