

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. 受診希望科

(内科・外科・アレルギー科・自由診療)

2. 今日はどうしましたか？ ()

*お風邪の患者様は10の項目もご記入ください

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()

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

4. 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 ()

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. 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 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 その他()

9. 女性の方 妊娠中ですか？ はい / いいえ / 不明

授乳中ですか？ はい / いいえ / 不明 ご協力ありがとうございました

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 ℃ (最高発熱 ℃)
・発熱した日時 月 日 時頃
・症状はいつからですか？ (月 日)
咳 / 鼻水 / 鼻づまり / 痰 / 喉の痛み
頭痛 / だるさ / 関節痛 / 胃痛 / 声枯れ
腹痛 / 花粉症 / 食欲不振 / はき気
おう吐(回) / 下痢(回) / 軟便

AD

DA

AZ

その他 ()

・解熱剤使用 なし / あり()

・周囲の感染者 なし / あり()

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. 受診希望科

(皮膚科 / アレルギー科 / 自由診療 / その他)

2. 今日はどうしましたか？

()

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()

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

4. 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 ()

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. ① お酒を飲めますか？ 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

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

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 その他()

9. 女性の方 妊娠中ですか？ はい / いいえ / 不明

授乳中ですか？ はい / いいえ / 不明 ご協力ありがとうございました

※診察部位を○で囲んでください※

