

初診問診票

フリガナ			生年月日 西暦()年
氏名		男・女	()月()日生まれ
住所			TEL
			職業
◎いかがなさいましたか			
◎症状はいつ頃からですか			
◎今までに大きな病気や手術、入院などされたことがありますか。(お分かりなら医療機関も)			
いいえ ・ はい()			
◎現在治療中の病気、内服中のお薬はありますか。(お分かりなら医療機関も)			
いいえ ・ はい()			
◎アレルギーはありますか			
いいえ ・ はい()			
◎嗜好品について			
*タバコ 吸わない ・ 吸う ・ 吸っていた			
↳ 1日()本 ()歳から ()歳まで ・ 今まで			
*お酒 飲まない ・ 飲む 1週間に()日程度 お酒の種類・量 ()			
◎女性の方へ			
*妊娠中 いいえ・ はい ()週 *妊娠の可能性 有 ・ 無 *授乳中 はい ・ いいえ			
◎身長() cm		◎体重() kg	

ご記入いただきましたら、受付へお渡してください。ご協力ありがとうございました。

初診の方は、なるべく11:30まで・16:30までのご来院をお願いいたします。

個人情報については当院個人情報保護方針に従い適正に取り扱います。

いとう内科クリニック