中濱クリニック
初診申込書および問診表

職員記載欄	
登録	問診

令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生 年 月 日	年 齢
氏名		男・女	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年　　月　　日	歳

住所	〒　　ー　　（アパート・マンション名まだご記入下さい。）	電 話 番 号
		自宅　（　　）
		携帯

何科をご希望ですか？

内科 ・ 外科 ・ 胃腸科 ・ 整形外科 ・ ピアス ・ 健康診断 ・ 予防接種

今日はどうなさいましたか？症状を詳しくお書き下さい。

1、いつから？

2、どこが？

3、どのような具合ですか？

4、今の症状は？

あらかじめ医師に聞きたい事、希望する事をお書き下さい。

今日の 体温　　度　　分

平熱　　度　　分

身長　　cm／体重　　kg

以下の病気にかかったことがありますか？
〇をつけて下さい。

1、高血圧・狭心症・不整脈・心不全
2、肺結核・喘息・慢性気管支炎・肺炎
3、糖尿病・甲状腺機能亢進症
4、胃潰瘍・胃炎・十二指腸潰瘍
5、肝炎・肝硬変・脂肪肝
6、膵炎(すいえん)
7、脳梗塞・脳内出血
8、蕁麻疹・帯状疱疹
9、緑内障・前立腺肥大症
10、悪性腫瘍
11、その他(　　)

女性の患者様にお伺いします。

現在の状況をお答え下さい。該当する項目に〇をつけてください。

1、妊娠中です　　2、授乳中です
3、妊娠の可能性があります　　4、妊娠を希望しています
5、いずれも該当しません

※投薬や検査の内容に影響しますのでできるだけ正確にお答えください。

現在、他院に通院して服用しているお薬がありましたら、お書き下さい。

病名　　：

薬剤名　　：

手術をしたことがありましたら、お書き下さい。

いつ頃ですか？(　　歳頃)

1、薬や注射のアレルギーはありますか？　　はい ・ いいえ　（薬剤名：　　）

2、タバコは吸われますか？　　はい ・ いいえ

1日の喫煙量(　　本)　喫煙歴(　　年)

3、お酒は飲まれますか？　　はい ・ いいえ

飲酒量　週(　　日)　　ビール ・ 日本酒 ・ 焼酎 ・ 洋酒をコップ(　　杯)または(　　ml)

飲酒歴　(　　年)

4、コーヒー・緑茶・紅茶は飲まれますか？　　はい ・ いいえ　　1日 (　　杯)