



初診問診票 武島内科クリニック

ふりがな
お名前 () 性別 (男・女)
ご住所 () 生年月日 (西暦・大正・昭和・平成・令和)
お電話番号 () 年 月 日 才
携帯番号 () 保険証の種類 (社・国・後期・自費)
メールアドレス ()

- ◎身長・体重 (cm kg)
◎薬のアレルギー(過敏症)はありますか? ある・ない
・具体的に何の薬でどの様な症状ですか? ()
◎かかりつけの薬局はありますか? ()
◎どのような症状ですか? 頭痛 熱 (°C) 咳 痰 のどの痛み 鼻水 動悸 息切れ
(複数選択可) たちくらみ 耳鳴り むくみ しびれ 肩こり お腹の痛み
吐き気 食欲がない 便秘 下痢 腹のはり 腰の痛み
体がだるい 体重減少 不眠 尿の回数が多い 尿が出にくい
節々が痛い
その他の症状がありましたら書いてください
()
◎他の病院におかかりになりましたか? ある (病院) ・ない
◎血のつながりのある人で、右記の病気の人はいいますか? がん 脳卒中 心臓病
糖尿病 肝臓病結核
◎お酒を飲みますか? はい (種類 合・本/日・週・月) ・ いいえ
◎タバコを吸いますか? はい (本/日) ・ いいえ
◎喘息はありますか? はい ・ いいえ
◎緑内障はありますか? はい ・ いいえ
◎男性の方だけお答えください▶ 前立腺肥大はありますか? はい ・ いいえ
◎女性の方だけお答えください▶ 生理は順調ですか? はい ・ いいえ
現在妊娠中ですか? はい ・ いいえ
本日より1番最後の生理はいつですか?
(月 日から始まって 日間で終わった)
閉経はいつですか? (満 歳)
◎輸血を受けたことはありますか? はい ・ いいえ
◎過去に大きな病気・手術・入院歴はありますか? 入院はいつどこにされましたか?
()
◎現在お飲みになっているお薬のお名前がおわかりでしたら、お書きください
()
◎薬の種類のご希望はありますか? 漢方 ・ 西洋薬 ・ どちらでも良い
◎当院をどこで知りましたか?

知人の紹介 看板 通りがかり タウンページ ホームページ その他
—以上—