

高木内科クリニック 初診問診表

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	TEL
職業		E-mail :

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか？具体的に

■いつからですか？ 約 _____ 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ (_____)

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気・けがでしたか？ (_____)

いつ頃 (約 _____ ヶ月前/約 _____ 年前)

現在治療中: _____ (医療機関 _____)

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり → どのようなお薬ですか？ (_____)

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり (薬: _____ 食品: _____ その他 _____)

■たばこ: 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: _____ 本/日 (_____ ~ _____ 歳)

■酒: 飲まない・飲む: 毎日・週 (_____) 回・機会飲酒 (種類: _____ 飲酒: _____)

■妊婦の可能性: あり ・ なし 授乳中: はい ・ いいえ