

初診問診票(内科)

ばば子どもクリニック

おなまえ お名前	フリガナをお願いします 男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 ☎		

(1) 今までにかかった病気や治療中の病気があれば○をつけて頂き、いつ頃かを()にご記入ください

喘息 ()頃 肺炎 ()頃 気管支炎 ()頃
 結核 ()頃 その他感染症 ()頃
 高血圧 ()頃 心臓病 ()頃 脳卒中 ()頃
 糖尿病 ()頃 肝臓病 ()頃 腎臓病 ()頃
 がん ()頃

(2) 今までに手術を受けたことはありますか？ いずれかに○をつけてください。

なし あり 病名 : _____
 いつ頃 : _____

(3) 薬のアレルギーや、飲むと体調が悪くなる薬はありますか？

なし あり (薬の名前: _____)

(4) 食べ物のアレルギーはありますか？ いずれかに○をつけてください

なし あり (具体的に: _____)

(5) たばこ、アルコールは摂取されますか？ いずれかに○をつけてください

たばこ : 吸わない 吸う 過去に吸っていた
 (1 日 _____ 本、約 _____ 年間)
 アルコール : 飲まない 飲む 過去に飲んでいた
 (種類: _____、1 回 _____ 杯、毎日 時々 月に 2-3 回以下)

(6) 女性の方へ

・現在妊娠している可能性はありますか？ ない ある
 ・授乳していますか している していない