

## 初診問診票(内科)

ばば子どもクリニック

おなまえ お名前	フリガナもお願いします	生年月日	年　月　日(　歳)
性別 男　女			
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