

# 初診問診票

ふりがな  
 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
 電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) - \_\_\_\_\_  
 〒 - \_\_\_\_\_ 住所：  
 ↑住所は保健証に記載がない場合にご記入下さい

体温： \_\_\_\_\_ °C

★どちらで当院をお知りになりましたか？ ○をつけて下さい。

建物をみて ( )、駅看板をみて ( )、折込チラシをみて ( )、インターネットで検索 ( )、  
 玉川医師会ホームページをみて ( )、家族から ( )、知人・友人から ( )、他院の紹介 ( )、  
 ブログの紹介記事をみて ( ) →どなたのブログでしょうか？ ( )、  
 その他 ( )

1. 症状、ご相談内容を○で囲んで下さい (複数可)。  
 カゼ症状：熱・咳・痰・鼻水・のどの痛み・その他 ( )  
 腹部症状：腹痛・下痢・便秘・その他 ( )  
 血圧のことで、呼吸器系のことで、血糖値のことで、コレステロールのことで、アレルギーのことで、  
 健康診断の結果について、ケガのことで (具体的に： )  
 アンチエイジング (AGA、EDなどを含む) について、ビタミン点滴について  
 その他 ( )
2. 今回のことで他の病院にかかりましたか？ → いいえ・はい (病院名 )
3. あなたは、今までに通院、入院、手術をするような病気にかかったり、怪我をしたことはありますか？  
 ない ( )  
 ある ( )
- 3 あなたのご家族 (血縁者) で次の病気をされた方がいますか？ (○で囲って下さい)
 

■高血圧症	祖父、祖母、父、母、兄弟	■糖尿病	祖父、祖母、父、母、兄弟
■高コレステロール	祖父、祖母、父、母、兄弟	■脳卒中	祖父、祖母、父、母、兄弟
■心筋梗塞・狭心症	祖父、祖母、父、母、兄弟	■心不全	祖父、祖母、父、母、兄弟
■アレルギー性疾患	祖父、祖母、父、母、兄弟	■膠原病	祖父、祖母、父、母、兄弟
- 4 (1) 薬を飲んで、発疹等のアレルギー症状が出たことがありますか？  
 ない ・ ある (薬品名 )  
 (2) あなたは、常用している薬がありますか？ (市販薬を含む)  
 ない ・ ある (薬品名 )
5. タバコは吸いますか？ いいえ・はい ( 本/日 約 年間) ( 年前に禁煙した)
6. 女性の方にお尋ねします。  
 ■現在妊娠していますか？ いいえ・はい ( カ月)・不明 ■現在授乳中ですか？ いいえ・はい



ご協力ありがとうございました。

二子玉川 齋藤メディカルクリニック