

# 大人用 問診票 (初診用)

受信日 年 月 日

たけの子クリニック

フリガナ		男・女	生年 月日	T・S・H	年	月	日	身長	体重	体温
氏名					(年齢: 歳)	cm	kg	°C		
住所 〒										
携帯番号					電話番号					

① いつから、どのような症状がみられていますか？

いつから？	
発熱( °C) ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 食欲がない ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 腰痛 おう吐 ・ 下痢 ・ 発疹 ・ その他( )	

② 病歴

- ・ 注射や薬で異常を起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
( )
  
- ・ 次のアレルギー性疾患のうち、今までに指摘されたものはありますか？  
気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー
  
- ・ 今までにかかった病気はありますか？ はい ・ いいえ  
高血圧 ・ 糖尿病 ・ がん ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中  
 その他 ( )
  
- ・ また、現在飲んでいる薬はありますか？ はい ・ いいえ

※ 処方内容がわかるお薬手帳などをお持ちください

かかりつけの医療機関 ..... 病院 ・ 医院

③ 現在、家族や職場などの身の回りで、流行っている病気はありますか？

はい ・ いいえ

④ その他の質問がありましたらお書きください。