小松クリニック　初診問診票

＊□にはレを入れてください

生年月日　　　　年　　　　　月　　　　日　　性別　□男性　□女性

郵便番号:〒

自宅住所:

電話番号:

勤務先: 勤務先電話番号

Email:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　！容量の大きい重要ファイルを送付しますので

携帯メール、gmail 、フリーメール等はおやめください。

○本日、受診希望の診療科をお選びください。

　　□内科　　□外科　　□皮膚科　　□形成外科

○本日、ご希望の検査等ありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　□採血検査　□レントゲン検査　□その他（　　　　　　　　　　　　）

○本日診察を希望されるお身体の部位はどちらですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○どのような症状がありますか？できるだけ具体的に記載してください。発熱は何度か、子供は体重を記入！

○その症状はいつ頃からですか？　　　　　　　　　　（　□日　□週間　□ケ月　□年）前から

○その症状について、かかりつけ医、または相談された医師はありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　　　　　医師

○現在飲んでいるお薬はありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　お薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳頃から）

○今までに手術を受けたことがありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　術名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳頃）

○今現在もしくは過去にかかった病気はありますか？

　　□ない

　　□ある　⇒　□血圧　□糖尿病　□高脂血症　□脳梗塞　□心筋梗塞　□狭心症　□胃腸疾病

　　　　　　　　□肝疾病　□腎疾病　□リウマチ　□呼吸器疾病（喘息など）　□他（　　　）

○食事やお薬でアレルギーはありますか？あれば、どのようなことが原因ですか？

　　□ない　　□ある　⇒　原因　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

○現在、妊娠をしていますか？可能性がありますか？

　　□ない　　□ある　⇒　（　　　　　）□週　□月

～生活習慣についてお聞かせ下さい～

1. お酒を飲みますか

□飲まない　□飲む　⇒（種類）　　　　　を　１日に　　　　ml　もしくは週に　　　回

1. タバコを吸いますか　□吸わない　□やめた　⇒　　　（　□日　□週間　□ケ月　□年）前から

　　　　　　　　　　□吸う　⇒（１日に）　　　　本を　　　　年間

1. 運動をしてますか？　□していない　□をしている⇒（　　　　　）どれぐらいのペースで（　　　　　）

**保険証のコピーおよび、緊急時連絡の同意書**

当院が診療に関して、保険証のコピーを取り保管する事、および、保険証から得た個人情報に基づき、緊急時、電話等の連絡をさせて頂く事に同意する。

西暦　　　　　年　　　　　月　　　　日

患者様氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）

家族又は代理人　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）