

はま内科・神経内科クリニック 問診票

お答えできる範囲で結構ですので記入してください。

記入日： 令和 年 月 日

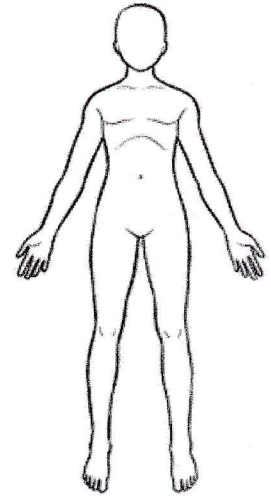
お名前	ふりがな	生年月日		
	男 ・ 女	昭和 平成 令和	年	月 日
ご住所	〒	連絡の取れる電話番号 携帯： 自宅 TEL：		
ご職業		身長	cm	体重 kg

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか？

部位はどこですか？

1. 頭痛 2. しびれ 3. 痛み 3. めまい 4. 物忘れ
5. まひ 6. 発熱（体温： °C） 8. 鼻水 9. のどの痛み
10. 咳 11. 腹痛 12. 下痢 13. 吐気・嘔吐 14. 胃痛



その他 _____

■上記の症状で他院を受診されましたか？

いいえ・はい（医療機関名： _____）

■上記の症状はいつからですか？

本日・昨日・日位前・週間前・かなり前

■今まで大きな病気・けがあるいは現在治療中の病気がありますか？

なし

あり → どんな病気・けがでしたか？（ _____ ）

いつ頃（ _____ヶ月前／ _____年前あるいは _____歳時）

現在治療中： _____（医療機関名 _____）

■現在飲まれているお薬はありますか？（お薬手帳・紹介状持参の方は記入不要です）

なし・あり → どのようなお薬ですか？（ _____ ）

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

なし・あり（薬： _____ 食品： _____ その他： _____）

■たばこ： 吸わない・禁煙した・吸う（1日 _____本 何歳から _____歳～）

■お酒： 飲まない・飲む（毎日・週 _____回・たまに）

■女性の方だけお答えください。

妊娠の可能性： なし・あり 授乳中： いいえ・はい

■漢方薬を希望されますか？ しない・する・どちらでもよい

■当院を何でお知りになりましたか？

他院からの紹介・知人等からの紹介・看板・インターネット・紙媒体・通りすがり