

ほーむけあクリニック 内科初診問診票（16歳以上）

ID _____ 記入日 年 月 日
カナ _____ (男・女)
氏名 _____ 生年月日 年 月 日 (満 歳)
〒 _____
住所 _____
電話 自宅 (_____) 携帯 (_____)
体温 _____ °C 身長: _____ cm 体重: _____ kg
(女性の方にお尋ねします) 現在、 妊娠中 ・ 妊娠していない

1. 受診目的

- 体調不良 → 2. または 3. へお進みください
 健康診断の異常 → 4. へお進みください
 健康診断 → 5. へお進みください
 予防接種 → 5. へお進みください
 その他 _____

2. 症状

いつから 本日 (_____ 時頃から) 昨日 おととい (_____) から
どこが/どのように _____

3. 希望している検査、治療があれば教えてください。

4. 他の医療機関にかかっていますか。

- かかっていない
 かかっている 病名: _____ 病院名: _____

5. 飲んでいる薬やサプリメントはありますか。

ない ある お薬手帳 あり なし; 薬名前 _____

6. 健康診断・がん検診・人間ドックを受けていますか。

いいえ

はい 一般健診 人間ドック がん健診 (肺、胃、大腸、前立腺、乳、子宮)

7. 今までに入院したり、病気にかかったりしたことがありますか。

いいえ (例：高血圧 △▲才 など)

はい

8. ご家族(血縁者)で病気にかかったことがある人がいれば教えてください。

9. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

ない あり 何で() どうなったか()

10. 嗜好品に関して

・お酒 飲まない 飲む (何を: 、どれくらい:)

・タバコ

吸ったことがない 吸う (本/日× 年間)

やめた (本/日× 年間、 歳から禁煙)

11. その他必要なこと、伝えたいことがあれば教えてください。

12. 当院に来院したきっかけ

他院からの紹介(病院名:) ホームページ
知人からの紹介(様より) ご近所(自宅 ・ 職場)
その他() LINE