初診日　　ID

かきの脳神経外科・内科クリニック問診表【内科・初診用】

氏名	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日(　　)才
住所	〒	電話番号	自宅　－　－ 携帯　－　－ 緊急連絡先　－　－ 続柄(　　)

1) いつ頃からどのような症状がありますか？

(　　年　　月　　日)頃から

発熱(　　℃)　頭痛　　関節痛
咳(せき)　　痰(たん)　　のどの痛み　　息苦しさ
下痢　　吐き気　　吐いた　　食欲不振
下血　　腹痛
胸の症状 (　痛み　　圧迫感　　不整脈　　動悸　など)
二次健診
その他 (　　)

2) 他の病院で治療中の病気はありますか？(お薬手帳を受付でご提示下さい)

ない ・ ある →(病院　　)

3) 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けるようなケガをされたことがありますか？

ない ・ ある →(年齢:　　病名:　　)

4) 下記の病気に当てはまるものがありますか？

喘息(ぜんそく)　前立腺肥大　緑内障

5) お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

ない ・ ある →薬剤・食品名(　　)

6) 飲酒されますか？

しない ・ する

7) 喫煙されますか？

しない ・ する →(　　才から)　　禁煙中

8) 女性にお聞きします。下記に当てはまることがありますか？

生理中　授乳中　妊娠中(　　週)

9) 下の中で該当するものがありますか？

ペースメーカー装着　人工内耳装着　入れ墨　機械弁(人工弁)　補聴器　入れ歯

10)血縁の方に下記の病気の方はいますか？

脳疾患　心臓病　がん　糖尿病　なし

よろしければ、当院受診のきっかけを教えて下さい

知り合いの紹介　ホームページ　看板　チラシ　前を通って　その他