さいとう内科小児科クリニック
SAITO CLINIC

内科問診票

令和　　年　　月　　日

体温　　℃

初診の方は、以下の質問にお答えください。

フリガナ		性別	生年月日
氏名			年　　月　　日
住所	〒		
自宅電話番号		職業	
携帯電話番号		身長	cm
メールアドレス		体重	kg

1．本日の受診の目的を教えて下さい。（☑を付けて下さい）

□内科の診療　□循環器内科の診療　□ 生活習慣病の診療　□アレルギーの診療
□健診目的　□予防接種　□ 禁煙外来　□その他（　　）

2．いつ頃からどのような症状でお困りですか。

（　　）

症状に☑をつけて記入下さい。

熱　（ □ ）　のどの痛み（ □ ）　吐気　（ □ ）
咳　（ □ ）　鼻汁　（ □ ）　下痢　（ □ ）
痰　（ □ ）　関節痛　（ □ ）　腹痛　（ □ ）

3．今までに大きな病気にかかったことや、病院に通院されていたことはありますか。

（ ◯ はい　◯ いいえ　）

「はい」の方は、その病名や時期、治療内容をお書きください。

（　　）

4．今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか。

（ ◯ はい　◯ いいえ　）

「はい」の方→薬、食べ物の名前（　　）

5．嗜好品について教えて下さい。

飲酒　：◯ 毎日（種類　　量　　）　◯ 時々　◯ 飲まない
喫煙　：◯ 吸う（1日　　本　　年間）◯ やめた（　　歳）　◯ 吸わない

6．女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか（ ◯ はい　◯ いいえ　）　授乳中ですか（ ◯ はい　◯ いいえ　）

7．その他、希望事項がありましたら☑をつけて下さい。。

□検査希望 →　□心臓関連の検査　□ 呼吸機能関連の検査　□ 血管年齢　□ 骨年齢
□糖尿病関連の検査　□ 甲状腺関連の検査　□ アレルギー検査
□セカンドオピニオン　□ 自費診療（脱毛症治療　ビタミン点滴）

※入力して印刷し、受診した際に受付へご提出下さい。←click