

せんだ内科・外科クリニック 問 診 票

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
ご住所	〒 -				
電話番号	ご自宅		携帯		
メールアドレス		身長	cm	体重	kg
紹介状	なし・あり（医療機関名 _____）				

◆ 今日はどうされましたか？

- ・いつから（ _____ ）
- ・症状（ _____ ）

◆ 今までにかかった病気はありますか？

- 高血圧・糖尿病・心臓病（ _____ ）・肝臓病（ _____ ）・喘息・脳梗塞・脳出血・
 手術（ _____ ）・その他（ _____ ）

◆ 現在かかっている病院・クリニック（なし・あり： _____）

◆ 現在飲んでいるお薬

（なし・あり： _____）

お薬手帳をお持ちのかたは受付へご提示ください。

◆ 薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

（なし・あり： _____）

◆ お酒はのみますか？（飲まない・付き合い程度・飲む）

◆ タバコは吸いますか？（吸わない・吸う：一日 _____ 本くらい）

◆ お呼び出しはどちらを希望しますか？（名前・番号）

◆ 女性の方へ _____ ・妊娠していますか？（いいえ・わからない・はい _____ 週）

_____ ・授乳していますか？（いいえ・はい）

◆ 2週間以内に海外への渡航、国内での移動はありますか？

はい（いつ： _____ どこへ： _____ ）・いいえ

◆ 2週間以内に新型コロナ感染者との接触の可能性はありますか？

（家族・職場・学校などの身近な方の発熱、体調不良など感染疑いも含む）

はい（誰： _____ いつから： _____ ）・いいえ

◆ 初診の方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- インターネット検索結果 SNS 家族・知人の紹介 野立て看板
 家または職場が近所 その他（ _____ ）