

三谷ファミリークリニック初診問診表

フリガナ	男 ・ 女	記入日 平成 年 月 日
氏名	未婚 ・ 既婚	生年月日 年 月 日 歳
住所 〒		
電話 ()	緊急連絡先 () 様	職業

どんな症状ですか？

いつ頃からですか？

本日はこういった内容をご希望ですか？

検査 お薬 注射・点滴 医療相談 ご家族の相談 漢方薬希望

これまでに大きな病気、手術、外傷などかかられましたか？

- 歳 ()
- 歳 ()

薬・食べ物のアレルギーはありませんか？

ない ある ()

お酒は飲まれますか？

飲まない 飲む (ビール・ワイン・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他：1日に 本)

タバコは吸われますか？

吸わない 吸う (1日に 本) 吸っていたが 年前にやめた (1日に 本)

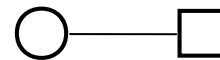
現在妊娠している可能性はありますか？

ある (か月) ない わからない 授乳中

家族構成

ご家族にこういった病気の方はおられますか？

- 糖尿病 ()
- リウマチ ()
- ぜんそく ()
- アトピー性皮膚炎 ()
- アレルギー性疾患 ()
- 結核 ()
- 悪性腫瘍 ()



どちらで当クリニックをお知りになりましたか？

紹介 (様) ホームページ その他 ()

※お預かりした個人情報は厳正に管理し、その利用・提供においては、法令に基づく場合を除き、当院からの連絡・ご本人様の同意を得た目的の範囲内でのみ利用いたします。

※当院では遺伝的な疾患歴や患者様の背景問題も診察の参考にして
おります。お手数ですがご家族の年齢や病歴などもお聞かせ下さい