

初診問診票

記入日

ふりがな			T . S . H . R
氏名	男・女	生年月日	・
住所	〒		
電話番号	自宅:		携帯:
職業			
家族構成	同居:		別居:
緊急連絡先(ご自分以外の連絡先) 続柄()			

- 1 本日の受診理由をお聞かせください。
いつ頃から?()
どのような症状がありますか?()
- 2 現在治療中の病気はありますか?
ない ある ☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 腎臓病 ☐ 心臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 糖尿病
☐ 関節リウマチ ☐ その他()
- 3 現在服用している薬はありますか?
ない ある(薬名)
- 4 過去に大きな病気で 入院や手術をしたことがありますか?
ない ある()
- 5 これまで飲み薬や注射でアレルギーが出たことはありますか?
ない ある ()
- 6 お酒を飲みますか?
いいえ(やめた場合はやめた時期:)
はい(時々 3～4日おき 1～2日おき ほぼ毎日)
種類: 日本酒、ビール、その他() 量(合・ml)
- 7 たばこを吸いますか?
吸わない(やめた場合はやめた時期:) 吸う(本/日)
- 8 女性の方にお聞きします。
・妊娠していますか?
いいえ はい(週目) 可能性がある 不明 授乳中

* サプリメントを使用していますか? いいえ ・ はい(サプリメント名)

* 症状改善の為の栄養解析検査(バランスの評価)に興味がありますか?

- はい いいえ
- ☐ 詳しく説明が聞きたい
☐ 保険診療の範囲で聞きたい

せいかクリニック