



ココカラハートクリニック(内科)初診問診票

平成 年 月 日記入

フリガナ			
お名前	男・女	生年月日	____年____月____日生 (____歳)
現住所			
ご連絡先	Tel _____ ※必要な場合、当クリニック名でのご連絡を差し上げてもかまいませんか(はい・いいえ)		

※以下の質問は差し支えない範囲でご記入ください。お答えが難しい箇所は空欄のままでも構いません。

本日は何科の受診希望ですか？

内科 循環器内科 消化器内科 その他(_____)

※心療内科、漢方内科受診希望の患者さまは別の専用問診票にご記入ください。

ご職業：(_____)

身長_____ cm 体重_____ kg

最近6ヶ月の間で、体重が(_____) kg 増えた・減った・変わらない

病気になる前の体重 _____ kg

家族構成

未婚 既婚 離婚

(同居の方に○をつけて下さい)

配偶者 父 母 兄 姉 弟 妹

祖父 祖母 叔父 叔母 他親類

子供 男 () 歳 () 歳 () 歳

女 () 歳 () 歳 () 歳

その他 (_____)

○本日受診された主な症状はなんですか

○その症状はいつ頃から続いていますか

○そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか

はい ・ いいえ

○今までにかかった病気を教えてください

▲ 病名は？ _____

▲ いつ、その病気がわかりましたか？ （昭和 ・ 平成 _____ 年頃）
_____（病院・クリニック）

▲ 今までにどのような治療を受けて来られましたか？

▲ 現在も病院で治療中ですか？（ はい いいえ ）

○飲酒・喫煙について

▲ お酒 毎日飲む ・ 全く飲まない ・ 機会があれば飲む
1日に（ ビール 日本酒 ウイスキー 焼酎）
をどれくらい（_____）

▲ たばこ 吸わない ・ 吸う（1日に_____本を_____年）
 以前吸っていた（1日_____本、_____歳から_____歳まで）

○アレルギーについて

▲ 今までに薬を飲んで、蕁麻疹が出たり、アレルギーを起こした事がありますか？
 ない

ある ⇒何の薬で（_____）

▲ アレルギー性の病気がありますか？

いいえ

はい ⇒喘息、花粉症、食物アレルギーなど（_____）

▲ 今までに、内服薬や注射で気分が悪くなったことがありますか

いいえ ・ はい⇒薬品名（_____）

○治療薬のご希望はありますか？

西洋薬のみ 漢方薬のみ 西洋薬と漢方薬の両方 医師にお任せする

○当院では病状に応じてカウンセリング、統合医療（鍼灸、点滴等）、をお勧めする場合があります。（自費診療）

カウンセリングは希望しない 統合医療（鍼灸等）は希望しない 医師にお任せする。

当院をどこでどのようにして、お知りになりましたか。

- A. チラシを見て ※どこのチラシを見られたかもご記入ください。
 a 健診チラシ b 配布ティッシュのチラシ c その他 (_____)
- B. 看板・案内板を見て ※どこの看板・案内板を見られたかもご記入ください。
 a 当ビルの看板 b セントラルパーク内のショーウィンドウ
- C. 家族、友人、知人から聞いて
- D. インターネットのホームページから検索して
- E. 他の医療機関、治療所（鍼灸院、マッサージ院など）、薬局からの紹介で
- F. その他 (_____)

◎当院では病状の確認のため初診後、おおよそ 1 週間以内に患者様に症状の確認電話をさせて頂くとりくみをしています。(フォローコール)
上記で記入されたTEL番号に連絡させていただきます。

通話できない時間帯があればご記入下さい。(AM・PM_____時～AM・PM_____時)

フォローコールを希望されない場合はこちらにチェック下さい。