



ココカラハートクリニック(内科)初診問診票

年 月 日記入

フリガナ		生年月日	___年___月___日生 (_____ 歳)
お名前	男・女		
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 その他 (_____)

※心療内科受診希望の患者様は別の専用問診票にご記入下さい。

ご職業：(_____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

最近 6 カ月の間で、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 鍼灸は希望しない 医師にお任せする。