

サンポート高松クリニック 初診問診票（様式1）

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日	
	男 女	大正 昭和 平成	年 月 日（ 歳）
連絡先	〒	電話	自宅
			携帯

■本日はどうされましたか？ 具体的にお願いします。

(体温 _____ °C)

■いつからですか？ _____ 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？

①なし ②あり→(_____ 病院)

■今まで大きな病気・ケガをしたことがありますか？

①特になし
②あり→ どの様な病気・ケガでしたか？(_____)

■現在治療中の病気がありますか？

現在治療中: _____ (医療機関 _____)

■現在飲まれている薬はありますか？

①なし ②あり → お薬手帳があればお見せください。

■アレルギーはありますか？

①なし ②あり (薬: _____ 食品: _____ その他 _____)

■たばこ ①吸わない ②過去に吸っていたが止めた ③現在も吸っている

■酒 ①飲まない ②時々飲む ③毎日飲む

■女性の方のみお答えください。

現在妊娠の可能性はありますか？ ①はい ②いいえ

現在授乳中ですか？ ①はい ②いいえ

◇ このクリニックはどのようにして知りましたか？

①知人から聞いた ②たまたま前を通過して ③ネットで検索 ④列車等広告 ⑤チラシ
⑥他の病院からの紹介 ⑦その他(_____)