

# ゆりの木クリニック 初診問診票

ID:		受診日	年 月 日
お名前	ふりがな 男・女	生年月日	大正 昭和 平成 西暦 年 月 日 才 日生
ご住所	〒	お電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	
お勤め先		体 温	℃

★本日はどうなさいましたか？：

\_\_\_\_\_

★いつからですか？：\_\_\_\_\_日前から

★当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください。

☐ ホームページ ☐ 知人紹介 ☐ 広告 ☐ その他（ ）

★現在治療中のけが、病気はありますか？

☐ ない

☐ ある

病名：\_\_\_\_\_

かかっている医療機関：\_\_\_\_\_

★現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ ない

☐ ある

飲んでいるお薬についてご記入ください：\_\_\_\_\_

★今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか？

☐ ない

☐ ある：食物（ ） 薬（ ） その他（ ）

★タバコについて

☐ 吸う（ 本／日） ☐ 吸わない

★お酒について

☐ 飲む（ 日／週） ☐ 飲まない

★現在、妊娠または授乳中ですか？

☐ はい

☐ いいえ

★何か気になることがあればご記入ください：\_\_\_\_\_