

## はじめて来院された方へ（問診表）

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 男・女  
明・大・昭・平 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日生まれ（ 才）

ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号（連絡先）： \_\_\_\_\_

本日の体温： \_\_\_\_\_℃ 体重（お子様） \_\_\_\_\_Kg

1. いつごろから、どんな症状がありますか？（具体的にお書きください）
  
2. 今までに大きな病気や入院をしたことがありますか？  
・ない ・ある（ \_\_\_\_\_ ）
  
3. 薬のアレルギーはありますか？  
・ない ・ある（ \_\_\_\_\_ ）
  
4. 現在、ほかの病気で通院加療していますか？  
・いない ・ある（ \_\_\_\_\_ ）
  
5. 現在、妊娠していますか？  
・していない ・可能性あり ・妊娠 \_\_\_\_ヶ月
  
6. お酒は1日にどのくらい飲みますか？（ \_\_\_\_\_ ）
  
7. タバコは1日に何本吸いますか？（ \_\_\_\_\_ ）
  
8. 通院されたことのある ご家族はいらっしゃいますか？  
（よろしければお名前をご記入ください）  
（ \_\_\_\_\_ ）
  
9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
（よろしければご記入ください）  
（ \_\_\_\_\_ ）

ほしの内科・アレルギークリニック