

友部セントラルクリニック(TCC) 初診時 問診票

- * 当院でお聞きした情報は「個人情報保護法」に基づき管理させていただきます。
身体状況把握のための問診ですが、ご不明の点はお尋ね下さい。

フリガナ ()
お名前 () 性別 (男 ・ 女) 年齢 () 歳

住所 _____ 電話番号 _____
携帯番号 _____

【1】 当院受診について

医療機関の紹介 ・ 看板 ・ インターネット ・ 知人紹介 ・ その他 ()

【2】 今回の症状についてご記入ください。

【3】 症状が出てから今までの経過

【4】 既往歴

【5】 現在、治療中の病気 (有 ・ 無) (あてはまる項目に○をつけてください)

・高血圧 ・高脂血症 ・狭心症/心筋梗塞 ・脳梗塞/脳卒中 ・不整脈
・その他 ()

【6】 仕事の種類 ・ 内容 ()

仕事で体を使う程度 (軽い ・ 中程度 ・ 重労働)

【7】 アレルギー (有 ・ 無)

食べ物では () 薬では ()

【8】 たばこ (吸う ・ 吸わない) 一日平均 _____ 本 _____ 歳から

【9】 飲酒 (しない ・ _____ 回/週 ・ ほぼ毎日) 種類 () 1日の量 (_____ 合・ml)

【10】 ご家族の病気 (本人とのご関係も記載してください)

糖尿病 (有 ・ 無) _____ 高血圧 (有 ・ 無) _____ 癌 (有 ・ 無) _____
脳梗塞・脳卒中 (有 ・ 無) _____ 狭心症・心筋梗塞 (有 ・ 無) _____

【11】 当クリニックまでの交通手段/所要時間

・徒歩 () 分 ・自転車 () 分 ・自家用車 () 分 ・その他 ()

【12】 その他、お聞きになりたいこと

記入日 年 月 日