

# 初診時間診票

受診日： 年 月 日

ふりがな  
氏名

生年月日：S H R 年 月 日

ご住所：〒

TEL (自宅)

携帯

※できる限り電話番号、携帯番号を両方ご記入ください

身長 cm 体重 kg

1. どのような症状 が いつ頃 からありましたか

( )

2 (初診時胃カメラ・大腸カメラ 検査希望で 受診された方は質問 2~3 はスキップ可。  
別紙カメラ検査問診票にお答えください。)

今までかかった病気があれば○をしてください

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・脳梗塞 ・肝炎 ・結核 ・がん  
・腹部手術 詳細 ( )

3 いつも飲んでいる薬がありますか？

はい ( ) いいえ

4 アレルギーはありますか？ はい ( ) いいえ

5 たばこは吸われますか？ 吸わない 吸う (1日 本 歳から)  
( 年前に) 禁煙した

6 お酒は飲まれますか？ 飲まない 飲む (週 回1日あたり )

7 かかりつけの医院があればご記入下さい

( 病院・医院 科)

8 女性の方のみお答えください

妊娠または授乳中ですか？ ( いいえ・ 妊娠中・ 授乳中 )

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

知人の紹介 ( 様)  インターネット (ホームページ/その他)  
 クリニックを实际見て 他院の紹介 ( 様)  
 ご家族の紹介  その他 ( )

※当院ホームページに超音波画像の掲載 (匿名、撮影日時等個人情報につながる掲載はございません) を行うことが  
ございます。掲載の可否を○印で記載ください。なお、許可の可否によって診療に影響が出ることは一切ございませ  
んのでご安心ください

掲載をを許可する

掲載を許可しない