

月 日 :	ID
<input type="checkbox"/> 予外 <input type="checkbox"/> 30m超過	

業務用	BT	BP	/	PR	SpO2	⑩
ス	取込	確				
<input type="checkbox"/> 発熱待合・1・3・4・5・6・7・XP						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善ない時 <input type="checkbox"/> 希望時 <input type="checkbox"/> 吸入終了頃 明日以降・水曜以降・1週以降・以降						
<input type="checkbox"/> 処方終了日 <input type="checkbox"/> 予約済? <input type="checkbox"/> 日・週・月 後頃 近日中 採血・エコー						
(朝から絶食・6時間絶食・食制限無) 腹・心・甲・頸部・乳・腫瘍・足・手						

## 初診問診票

氏名	カナ ( )	住所			性別
					男・女
		年齢		電話	

### 1. 本日はどういった症状・ご相談でいらっしゃいましたか？

- いつ頃からですか？ ( 月 日 ・ 月頃 )
- 気になる症状や相談内容をご記入下さい

( )

### 2. 現在の持病や、過去にかかった・指摘された病気、手術や入院をした病気はありますか？

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 扁桃炎・扁桃腺	<input type="checkbox"/> 心臓・肺の病気	具体的な病名など
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 咳喘息	<input type="checkbox"/> 副鼻腔炎・蓄膿	<input type="checkbox"/> 脳・血管の病気	
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	
<input type="checkbox"/> コレステロール	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 盲腸・虫垂炎	<input type="checkbox"/> 膠原病等の病気	
<input type="checkbox"/> 中性脂肪		<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎	<input type="checkbox"/> 精神的な病気	
<input type="checkbox"/> 尿酸値・痛風		<input type="checkbox"/> 胃炎・胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 婦人科系の病気	
<input type="checkbox"/> 慢性腎臓病		<input type="checkbox"/> 過敏性腸症候群	<input type="checkbox"/> がん・悪性腫瘍	
<input type="checkbox"/> 貧血		<input type="checkbox"/> 片頭痛	<input type="checkbox"/> その他の病気	

### 3. 現在服用中のお薬はありますか？

※ お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出下さい

なし  あり ( )

### 4. その他の関連情報についてお尋ねします。

たばこ	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが現在は吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 年間)
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 年に数回 <input type="checkbox"/> 月に数回 <input type="checkbox"/> 週に数回 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (1日 を mL)
職業	女性のみ 妊娠中もしくは授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
他の医療機関からの紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 過去1年間の健康診断受診歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

### 5. 診療・治療の希望についてお尋ねします。

苦手な薬の形はありますか？	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 漢方薬(粉) <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> シロップ
診療にあたっての大まかなお考えとして当てはまるものはどれですか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 最低限の検査のみで、気になる症状だけをとりたい <input type="checkbox"/> 必要であればしっかりと検査をうけて治療したい <input type="checkbox"/> 出来るだけ、当クリニックで完結できる治療をうけたい <input type="checkbox"/> クリニックに通院する頻度は出来るだけ減らしたい <input type="checkbox"/> かかりつけクリニックとして、全身の状態を診てほしい

### 6. その他

当院を何で知りましたか？	<input type="checkbox"/> Webページ <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> 自宅が近い <input type="checkbox"/> 職場が近い <input type="checkbox"/> 当番医/新聞を見て <input type="checkbox"/> 家族の紹介 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 来院したことがある <input type="checkbox"/> その他 ( )
何かご希望やご意見はございますか？	