初診問診用紙

ふりがな ：	
氏　名 ：　　（　　才）	ご職業 ：　　男・女
生年月日：明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日生	血液型 A・B・O・AB　RH＋／－
住　所 ：〒	既婚　・　未婚
電　話 ：（自宅）　　（携帯）	同居者 ：　有　・　無

1. いつ頃からどのような症状がありますか？　　いつ頃（　　）

　　症　状（　　）

2. 現在、他の医療機関にかかられていますか？　はい　（医療機関名 ：　　）

　　いいえ

3. 今までにかかった病気及び手術はありますか？　ある（病名 ：　　）

　　いつ頃（　　）

　　ない

4. 御家族に高血圧・糖尿病・心臓病・脳梗塞・癌などにかかった方はいますか？

　　いる（　　）　・　　いない

◎重要確認事項
・現在、ペースメーカーを使用していますか？　　はい　・　いいえ
・今までに薬や注射でじんましん及びアレルギーを起こしたことがありますか？ はい　薬剤名（　　）　・　いいえ
・女性の方へ・・・現在、妊娠の可能性はありますか？　　はい　・　いいえ
・最近、2週間以内に海外渡航暦はありますか？　　ある　・　な　い

当院を何でお知りになりましたか？
・知人からの紹介（紹介者：　　）　・雑誌（　　）　・以前に診察を受けたことがある
・病院からの紹介（　　病院）　・看板　　・パンフレット
・ホームページPC・スマホ・タブレット（yahoo!・google・その他）/携帯　・薬局　　・その他（　　）
最後に当院からの連絡をさせていただく場合についてお尋ねします。 いずれかに〇印をお願いします。
連 絡 先 ： 自宅へTEL可 ・ 不可 ／ 自宅へFAX可 ・ 不可 ／ 携帯電話へTEL可 ・ 不可 ／ いずれでも可
当院名義 ： クリニック名での連絡希望 ・ 個人名での連絡希望 ・ どちらも可

銀座内科・神経内科クリニック　Ginza Neurological Clinic