

こうらクリニックによろこそ。今日はいかがなさいましたか？

～ 当クリニックで診察を受けられるかたへ ～

的確でご満足いただける診療を行うために以下の問診にご記入いただけますでしょうか？

ふりがな お名前		男 女	生年 月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 才
ご住所	〒 -		身長	cm	体重 kg
携帯番号		固定電話		体温	度

当院をどのようにお知りになりましたか？当てはまるもの全てに○印をお願いします。

1. 家族( ) 2. 友人・知人( ) 3. ホームページ 4. インターネットで  
( )を検索して 5. 他院( )からの紹介 6. クリニック看板  
7. 駅看板 8. 電柱看板 9. 通りがかって 10. 以前( )科で受診して 11. その他( )

いつ頃からお困りですか？ \_\_\_\_\_

どのような症状ですか？ \_\_\_\_\_

いままでに大きな病気にかかったことはありますか？ いいえ・はい

いつ頃： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_

現在治療中の病気はありますか？ いいえ・はい

病名： \_\_\_\_\_

いつも内服しているお薬はありますか？ いいえ・はい・お薬手帳がある（お見せください）

薬剤名： \_\_\_\_\_ かかりつけ薬局名： \_\_\_\_\_

今までにお薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不快）を起こしたことはありますか？

いいえ・はい 薬剤名・食物名 \_\_\_\_\_

たばこを吸いますか？ 吸わない・やめた・吸う \_\_\_\_\_本/日 x \_\_\_\_\_年間・やめたい

飲酒はしますか？ 飲まない・飲む お酒の種類と頻度 \_\_\_\_\_

ご家族で下記の病気にかかられているかたはいますか？ いいえ・はい（○印をお願いします）

高血圧症・心臓病・糖尿病・高脂血症・脳卒中・がん・ぜんそく・リウマチ・他 \_\_\_\_\_

お薬を処方する際、後発医薬品（ジェネリック）をご希望されますか？

希望する・希望しない・どちらでもよい

女性のかたにお伺いします。 現在妊娠（なし・あり・可能性あり） 現在授乳（なし・あり）

当院では初診時または保険変更時に確認のため保険証のコピーをとらせて頂いております。

保険証のコピーをとることにご同意頂けますか？ はい・いいえ

以上です。ご協力ありがとうございました。順番に診察させていただきます。出来るだけ迅速な診療をこころがけておりますが、それ以上に慎重さと丁寧さを大切にしています。ご不明な点はお気軽にスタッフにお尋ねください。よろしくお願ひ致します。 こうらクリニック院長 兒浦利哉