

むさし小金井診療所 初診問診票

ID: _____

初診及び受診がお久しぶりの方に、前もって以下の質問をさせていただいております。
 おわかりになる範囲で構いませんので、ご記入ください。
 当診療所で知り得た情報はプライバシーポリシーに則って扱わせていただきます。

・ふりがな	記入日 平成 年 月 日
・お名前	医療生協組合員・非組合員
・生年月日(明・大・昭・平)	年 月 日 歳 性別 男・女
・住所	〒 -
・電話番号	- - ・携帯番号 - -
・当診療所を何でお知りになりましたか？	家族の紹介・知人の紹介・生協だより・情報誌・看板・インターネット・その他()

1. 今日はどのようなことで来院されましたか？ ()
2. 今までにかかった大きな病気はありますか？ なし・ある ()
3. 今までに受けた手術はありますか？ なし・ある ()
4. 現在他の医療機関に通院していますか？ いいえ・はい (病名)
5. 現在飲んでいるお薬があればお書きください。 ()
6. 今までに薬・注射・食べ物でじんましんが出たり気分が悪くなったことはありますか？ いいえ・はい ()
7. お酒を飲みますか？ 飲まない・以前飲んでいて・たまに飲む・毎日飲む(1日 を 杯/本くらい)
8. タバコを吸いますか？ 吸わない・以前吸っていた・吸う(1日 本くらい)
9. お仕事はどんなお仕事ですか？ ()
10. ご両親・ご兄弟に以下の病気の方がいらっしゃいますか？ 高血圧・脂質異常症(高コレステロール血症)・糖尿病・心臓病・肝臓病・がん・脳障害
11. ご家族の身体のことなどで何か困っていることはありますか？ ない・ある()
12. 女性の方へ 現在妊娠中の可能性がありますか？ はい・いいえ 最終月経 月 日
13. 現在何人でお住まいですか？ ()人