

親とこどもの クリニック



問診票 (成人初診用)

年 月 日

ふりがな			
お名前			男・女
生年月日	年	月	日
住所	〒		
電話番号	自宅等	携帯	
学校・職業など			

お分りの範囲でご記入ください。不明な点は空欄でかまいません。

- (1) いままでかかったことがある病気や通院中の病気があれば教えてください。
()
- (2) いつも飲んでいるお薬がありますか？
なし・ある ()
- (3) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？
なし・ある ()
- (4) 家族内で煙草を吸う方がいますか？
いない・いる ()
- (5) ご家族のことを教えてください (分かる範囲でけっこうです) .

続柄	お名前	性別	年齢	病気やアレルギーなど
		男・女		

※お名前は電子カルテでの家族登録の際に使用させていただきます

- (6) よろしければ当院を知ったきっかけを教えてください。
友人・知人から教えてもらった 家が近所 ホームページ 雑誌
保健師さんから教えてもらった その他 ()
- (7) 自由記載欄です。何でもご自由にお書きください。