



成人 初診用 問診票 せせらぎクリニック Seseragi Clinic

フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	歳
お名前							
住所	〒 -						
電話番号()	-	携帯番号	-	-			

※個人情報 は 当院 で 定め た 利用 目的 の 範囲 で 使用 します。

体温: 度 身長: cm 体重: kg

1. どのような症状ですか？(具体的にお聞かせください。)

2. その症状はいつ頃からですか？

3. 現在他の病院やクリニックに通院していますか？
していない・している… どんな病気ですか？具体的にお書きください

4. 現在飲んでいらっしゃるお薬はございますか？
ない・ある… どんなお薬ですか？具体的にお書きください(お薬手帳があればご提出ください)

5. 今まで手術を受けたことがあればお書きください

何歳のとき？ 病院は？ 病名・手術名

6. 今まで手術以外で入院治療を受けたことがあればお書きください？

何歳のとき？ 病院は？ 病名

7. たばこはお吸いになりますか？
吸わない・吸う(一日 本 年間)

8. お酒はお飲みになりますか？
飲まない・飲む(およそ一日 ビール 本 日本酒 合)

9. 女性の方にお尋ねします。現在、妊娠している。または妊娠している可能性はありますか？
していない・している(可能性がある)

10. 今まで何かアレルギーを指摘されたことはありますか？
ない・ある… どのようなアレルギーですか？

11. お薬のリクエストはありますか？
ない・ある… 具体的にお書きください(例: できれば錠剤希望、粉薬ダメ、漢方ダメ)

発熱・感染症の患者さんは書いた問診票を写真にとり、こちらまでメールしてください
seseragi.uketsuke@gmail.com メールを確認したら携帯に連絡します。