



# 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	大・昭・平	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う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)

---