

初診の方へ（内科）

来院日（ ）年（ ）月（ ）日
フリガナ
名前（ ）
生年月日 T. S. H.（ ）年（ ）月（ ）日
年齢（ ）歳
性別 男 ・ 女
住所 〒
（ ）
電話番号（自宅）
（携帯）

1. 今日はどうなさいましたか？

2. その症状はいつごろから始まっていますか？

3. 身長、体重、最高体重をお書き下さい。

身長 cm

体重 kg

最高体重 kg

4. ご職業は何ですか？

5. 今までに大きな病気をなされたことがありますか？

（お薬によるアレルギーも含めて、もし合わないものがありましたらお書き下さい。）

6. 輸血歴はありますか？

あり なし

7. 常用薬品、常用しているサプリメントはありますか？

（ある場合はお書き下さい。）

8. お酒は飲みますか？

（お飲みになる場合は、種類、量をお書き下さい）

なし

あり（ ）杯／日・月

10. 喫煙しますか？

なし

あり（ ）本／日

9. 睡眠はよくとれますか？

はい

いいえ → 眠りにつきにくい

途中で何度も起きてしまう

早朝に目覚める

11. 妊娠あるいはその可能性がありますか？

いいえ

はい（ ）週目

・授乳していますか？

いいえ

はい（→出産日 年 月 日）

12. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

a) インターネット

b) どちらかからの紹介（紹介者）

c) 職場が近所、家が近い