

初 診 問 診 表

初診の方は、以下にご記入の上、保険証とともに受付へご提出下さい。ご記入いただいた内容は、本人の同意なくして他の目的での使用や第三者への提供はいたしません。

医療法人山田林クリニック

郵便番号 〒 _____

住 所 _____ 県・都・府 _____ 市・町・村 _____

電話番号 _____

ふりがな _____

氏 名 _____ 男性・女性

生年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問 1. どこが悪くて、又はどういう目的で診察に来られましたか？

問 2. 薬をのんだり、薬を塗ったり、注射をうって気分が悪くなったり、かぶれたり、発疹が出たことがありますか？

①はい ②いいえ

問 3. アレルギー体質ですか？

①はい ②いいえ（ぜんそく・花粉症・じんましん・アトピー性皮膚炎ほか）

問 4. 局所麻酔の注射（例えば歯の治療やおどきの切開など）をうけたことがありますか？

①はい ②いいえ

問 5. 下記の病気になったことがありますか？あれば該当する病名にも○を付けて下さい。

①はい（糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・高血圧・神経症・高脂血症）

②いいえ

問 6. 今までに入院したり手術をうけたことはありますか？

①はい ②いいえ

問 7. 現在、他院の診察や投薬をうけていますか？

①はい ②いいえ

問 8. 女性の方のみご記入下さい。妊娠に対する薬の影響を考慮しなければなりませんので、妊娠の可能性はありますか？

①はい ②いいえ ③わかりません

問 9. 当院にご来院いただいた理由で、該当する箇所にも○を付けて下さい。（複数可）

① 家族・友人・知人に聞いて

② 広告（電話帳、看板、インターネット、その他 _____）

③ 以前通院していた

④ その他