

宇野クリニック 初診問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	TEL
職業		E-mail:

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■受診希望科 (内科 外科 整形外科)

■本日はどうなさいましたか。具体的に

(体温 °C)

■いつからですか？

約 頃から

■上記の症状で他の病院を受診されましたか？ ()

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気・けがでしたか？ ()

いつ頃 (約 ヶ月前/約 年前)

現在治療中: (医療機関)

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・あり →どんなお薬ですか？ ()

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・あり (薬: 食品: その他)

■たばこ: 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: 本/日 (~ 歳)

■酒: 飲まない・飲む: 毎日・週 () 回・機会飲酒 (種類: 飲酒:)

■妊婦の可能性: あり ・ なし 授乳中: はい ・ いいえ