# 初診の方へ、問診票

お名前　　読み方(ふりがな)

住所　　電話番号

生年月日　　年　　月　　日生　他の電話番号(ご家族等)

医師からアレルギー(喘息・アレルギー鼻炎・アトピー・花粉症等)と言われたことがありますか。
はい・いいえ

飲み薬や注射で異常が出たことがありますか。　はい・いいえ
それはどんな薬で、どんな症状でしたか。

食べ物で異常を感じたことがありますか。　はい・いいえ
何を食べて、どんな症状でしたか。

今まで、手術を受けたり、大きな病気にかかった事がありますか。　はい・いいえ
病名

現在、他の医療機関にかかっていますか。　はい・いいえ
医療機関名
病名

現在、飲んでいる薬(処方薬・市販薬)、健康食品がありましたらご記入ください。

女性の方へ：現在、少しでも妊娠している可能性はありますか。　はい・いいえ・わからない
現在、授乳をしていますか。　はい・いいえ

アルコールを飲まれますか。　はい：毎日？何をどれ位(　　)　いいえ
タバコ(電子タバコを含む)を吸いますか。　はい：一日本数(　　本)　いいえ
車の運転をしますか？　はい・いいえ

ありがとうございました。

鈴木クリニック・院長