

# 初診申込み・問診票 〈西尾クリニック〉

ふりがな

氏名

男・女

大・昭・平  
生年月日 年 月 日 (才)

〒( )-( )

住所



体重 kg (子供のみ)

○今日はどうされましたか？

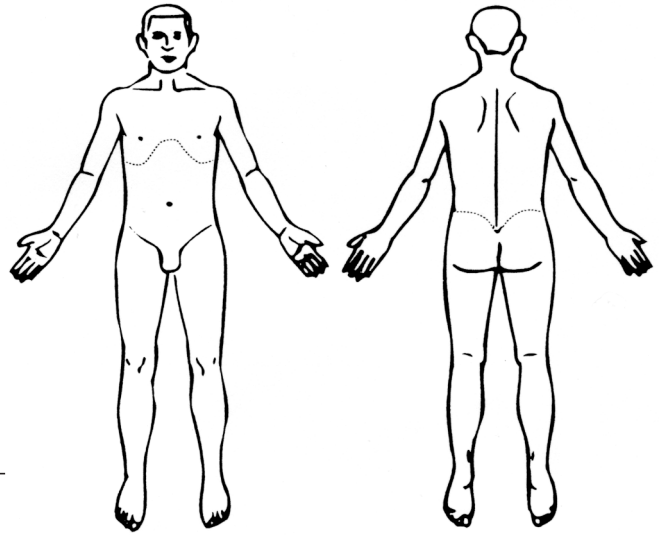
・いつごろからですか？

・どこの部分ですか？  
絵に○を付けて下さい

・思いあたる原因は？

ない

ある —— 原因 \_\_\_\_\_



○今までに治療を受けたり、診断されたことがある疾患を下から選び、○をつけて下さい。

- ・高血圧    ・糖尿病    ・動脈硬化    ・心臓疾患    ・アレルギー性鼻炎 (花粉症)    ・喘息
- ・腎臓病    ・リウマチ性疾患    ・緑内障    ・前立腺肥大    ・肝疾患    ・胃・十二指腸潰瘍
- ・てんかん    ・熱性けいれん    ・その他 \_\_\_\_\_

○今までに、薬や食べ物等でじんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことがありましたか？

ない

ある —— 薬や食べ物の種類 \_\_\_\_\_

○輸血を受けたことがありますか？ (○で囲む)    ある    ない

○麻酔の注射を受けたことがありますか (例、抜歯などで)    ある    ない

○女性の方へ、妊娠は  
している (ヶ月)    していない    わからない    予定あり    授乳中

○治療に対しての御要望があればお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )