

問診票

ID		記入日	年 月 日()
フリガナ		生年月日	T / S / H /
お名前			年 月 日()歳
ご住所	〒 -		
電話番号	- -	携帯電話	- -

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり (内容) _____

●どのような症状ですか？ 以下のあてはまる症状にチェックをつけてください

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み
頭痛 悪寒(ふるえ) 腹痛 胃痛 背部痛 吐き気 おうと
下痢 便秘 胸が痛い 食欲がない 息苦しい めまい ふらつき
血圧が高い(mmHg)
その他()

●その症状はいつからですか？()

●現在治療中の病気

- なし あり ※「あり」とお答えの方は、下記にお答えください
高血圧 高脂血症 糖尿病 腎臓病 痛風(尿酸値が高い)
脳梗塞・脳出血 不整脈 狭心症・心筋梗塞 ぜんそく 緑内障
その他()

●今、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり (内容) _____
 ※おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にご提出ください。

●今までに大きな病気で入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

- ・いつ (年 月 頃)
 ・病名 ()・手術名 ()
 ・病院名()・現在の状態 治癒 治療中 経過観察中

●生活習慣について

- ・お酒 飲む(を くらい) 飲まない
 ・たばこ 吸う(1日 本 年間) 吸わない 禁煙した(年前)

●女性の方におうかがいします

- ・妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい

●当クリニックを何でお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページで 知人()の紹介 建物を見て
駅の看板広告で(駅名: 駅)
かかりつけの先生からの紹介(医院名)
その他()