

問診票

ふり 氏が 名： 性別 男：女

生年月日：T・S・H・R 年 月 日 (満 歳)

住 所：

電話番号： () 携帯番号： ()

1) 今日はどうされましたか？また、いつ頃からですか？

2) 熱はありますか？ はい (. °C) ・ いいえ

※1週間以内に熱があった方はご記入下さい。

3) 今までにかかった主な病気について教えてください。

高血圧・心臓病・腎臓病・糖尿病・肝臓病・胆嚢疾患・ぜんそく・結核
脳卒中・胃腸病・その他 ()

その病気は現在治療中ですか？ はい ・ いいえ

「はい」の方のみ服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

4) この1年間で特定健診または高齢者健診を受けたことはありますか？

はい (受診時期 年 月) ・ いいえ

5) 今までに薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？

ある () ・ ない

6) 食物アレルギーがありますか？

ある (卵・牛乳・その他) ・ ない

7) 15歳未満のお子様は体重を教えてください。 (kg)

8) 女性の方のみお答えください。

妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

はい (妊娠週数) ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

9) 当クリニックをお知りになったのは？

(家族 ・ 知人 ・ 医師、他院)からの紹介。

(看板 ・ 電話帳 ・ ホームページ ・ 広告)を見て。

(家 ・ 勤務先)が近い。 その他 ()