

問診票

初診の方は、下記の質問にお答えください。お答えいただけるところだけで結構です。

(受診日) 平成 年 月 日

ふりがな	大正・昭和				
お名前	平成・令和	年	月	日生まれ(	歳)
ご住所 〒	電話番号				
	職業				
	身長	cm	体重	kg	

1. どのような症状で来院されましたか

発熱(℃)・寒気・のどの痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり・息苦しさ・胸痛・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘・血便・
その他()

2. 上記症状はいつ頃からですか()

3. 病気や検査で異常を指摘されたことがある方は該当項目○を付けてください。ない方は「なし」に○をつけてください。

高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病(狭心症・心筋梗塞・その他)・脳卒中・胃潰瘍・虫垂炎・肝臓病・喘息・腎臓病・
リウマチ・膠原病・その他()・なし

※上記にご家族がかかれた病気があればお書きください()

4. 現在治療中の病気はありますか はい・いいえ

「はい」の方……病名()

※服用中の内服薬がありましたらお書きください()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか はい・いいえ

「はい」の方……分ければ薬・食べ物()

6. 輸血を受けたことはありますか はい(年前)・いいえ

7. タバコをお吸いになりますか はい・いいえ・以前吸っていたことがある

「はい」の方……1日 本 ・ 年前から

8. お酒はお飲みになりますか はい(毎日・週に2~3日・たまに)・いいえ

「はい」の方……ビール 本・日本酒 合・その他()

9. 女性の方にお聞きします

妊娠、または妊娠の可能性がありますか はい(ヶ月)・いいえ

授乳中ですか はい・いいえ 月経……順調・不順 最終月経…… 月 日～ 月 日

10. 当院にお見えになったのは 紹介されて・人から聞いて・その他(広告・HP・看板・)

ありがとうございました くろだ内科クリニック