

これまさクリニック問診票

____年____月____日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 西暦・明治・大正・昭和・平成
お名前			____年____月____日生まれ ____才
ご住所	〒		
連絡先	電話番号:	携帯番号:	

①本日はどうなさいましたか？症状を具体的にご記入をお願いします。

体温: _____ 度

いつごろから: _____

症状:

②現在、治療中の病気はありますか？

ない / ある → 病名:

③現在、服用しているお薬はありますか？

ない / ある → お薬の名前:

④何かお薬、食物などでアレルギー症状がでたことはありますか？

ない / ある → 薬品名: _____ 食品名: _____

⑤今までに何か大きな病気で入院治療、手術をうけたことがありますか？

ない / ある → 病名:

⑥ご家族(祖父母・両親・子ども)で病気をされた人はいますか？

例: 脳出血(祖父)、糖尿病(父)、胃癌(母)、高血圧(姉)

病名: _____ ()、病名: _____ ()、病名: _____ ()

⑦お酒は飲みますか？

飲まない / やめた / 飲む → (_____ 回/週) (ビール・日本酒・焼酎・ワイン _____ mL)

⑧たばこは吸いますか？

吸わない / やめた (_____ 年間 _____ 本/日) / 吸う → (_____ 才ころから _____ 本/日)

⑨女性の方にお尋ねします

妊娠している可能性はありますか？ ない / ある → 妊娠 _____ ヶ月

授乳中ですか？ いいえ / はい

⑩最後に受けた健康診断はいつごろですか？

_____ 年 _____ 月 結果:

⑪当院を来院されたきっかけを教えてください

インターネット / 知人の紹介(_____) / 先生の紹介(_____) /

その他(通りがかり、 _____)

⑫何かご要望があればご記入ください

ご記入ありがとうございました。