

# 問 診 票

2020年 月 日

フリガナ				男・女	年齢	歳
氏名	様					
現住所	〒 -			生年月日	T S H	年 月 日
電話・携帯	- -		体重	kg	体温	℃

1 本日は、いつ頃から どのような症状で来院しましたか？  
 いつ頃から ( )  
 どのような症状 ( )

2 現在までに治療または指摘を受けた病気があれば教えてください。  
 なし     あり     脳梗塞     脳出血     糖尿病     喘息     緑内障  
 高血圧症     心臓病     がん     肝臓病  
 その他 ( )

3 現在服用している薬はありますか？  
 なし     あり ( 薬の名前 )  
 お薬手帳をお持ちの方は受付に提出下さい

4 輸血をしたことはありますか？     なし     あり

5 お薬によるアレルギーはありますか？     なし     あり ( )

6 1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？     なし     あり (国名 )

7 下記のあてはまる項目に☑を入れて、( ) 内にその数字を記入してください。

・たばこ .....  吸わない     吸う [およそ1日平均 ( ) 本・約 ( ) 年間]

吸っていたが、( ) 年前からやめている

・アルコール .....  まったく飲まない     たまに飲む     ほぼ毎日飲む

※ほぼ毎日飲む方へ1日の平均量を教えてください。( ) を ( ) ml 程度)

・食欲 .....  良好     普通     食べられない     食べ過ぎる

・最近の体重の変化...  変化なし     増加     減少 ( ) ヶ月に ( ) kg

・便通 .....  普通     便秘     下痢

女性の方へ

・妊娠 .....  していない     している     不明

・授乳 .....  していない     している

アンケート：当クリニックをどちらでお知りになりましたか

ネット・・・(  Google     Yahoo!     EPARK     Doctors File )

知人の紹介     平和堂チラシ     平和堂看板     その他