

問診票

ID _____

フリガナ
お名前

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

ご住所 (〒) □□□□-□□□□

TEL

① 本日はどのようなことで受診されましたか？
いつから どのような症状で

体温

℃

② 現在、治療中の病気はございますか？

なし

糖尿病

高血圧

高脂血症

心臓病

腎臓病

喘息

その他 ()

③ 過去に入院、手術を受けられたことはございますか？

なし

病名 ()

いつ頃 ()

④ 現在、服用中のお薬はございますか？(特に、血液をサラサラにするお薬)

なし

薬剤名 ()

⑤ アレルギーはございますか？

なし

()

⑥ 血縁関係のあるご家族で、以下のご病気の方はいらっしゃいますか？

なし

糖尿病

高血圧

高脂血症

心臓病

腎臓病

脳卒中

がん ()

⑦ 喫煙、飲酒はなさいますか？

どちらもしない

タバコ ()本/日 × ()年

飲酒

ビール・焼酎・日本酒・ワイン

()本/合 × ()日/週

⑧ (女性の方へ) 現在、妊娠中・授乳中ですか？

はい

いいえ

⑨ 当クリニックをどのようにして、お知りになりましたか？

インターネット

看板

紹介

その他 ()

ご協力ありがとうございました。書き終わりましたら、受付までご提出ください。