

# 問診票

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	
氏名	大・昭 平・令	年 月 日( 才)
住所 (〒 - )		
電話番号 ( ) -		

■他院からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

■来院の目的は何ですか？（該当を○で囲んでください）

- ・発熱 頭痛 腹痛 下痢 便秘 咳 鼻水 のどの痛み 吐き気  
発疹 めまい その他 ( )
- ・いつ頃からですか？ ( )
- ・上記の症状で他院を受診されましたか？  
いいえ・はい (病院名 )
- ・上記の症状について、薬を服用または使用しましたか？※市販薬も含めます  
いいえ・はい (薬の名前 )

身長	cm
体重	kg
<b>体温</b>	
	°C
<b>血圧</b>	
/	mmHg

■現在治療中の病気はありますか？

- なし・あり（高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓血管疾患・脳血管疾患・肝疾患  
腎疾患・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎  
その他： )
- ⇒ 現在治療中の病気でお薬の使用はありますか？  
いいえ・はい (薬の名前 )

■今までに大きな病気やけが、手術はありましたか？

- なし・あり ( )

■この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

- いいえ・はい (時期 指摘事項 )

■お薬や食品・動物などで、アレルギーを起こしたことはありますか？

- なし・あり (原因となったもの 症状 )

■1年以内の海外旅行 なし・あり (渡航先 )

■飲酒量 1回 ( ) (例：350ml缶ビール○本) 週に ( ) 日

■喫煙 なし・あり (1日 本、喫煙年数 年)

■輸血歴 なし・あり

■妊娠の可能性 なし・あり

ご協力ありがとうございました。

保元クリニック