

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				性別	男・女
氏名					
生年月日	T・S・H・R	年(西暦)	月	日	(歳)
住所	〒 -				
自宅電話番号	-	-	携帯番号	-	-

- 今日はどうされましたか？ _____
- いつ頃から起こりましたか？ _____
- 今までに大きな病気をしましたか？ はい ・ いいえ
 才 : 病名 _____
 才 : 病名 _____
- 今までに入院・手術の経験はありますか？ はい ・ いいえ
 入院・手術 才ごろ : 病名 _____
 入院・手術 才ごろ : 病名 _____
- 現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
 才から : 病名 _____
 才から : 病名 _____
- 現在服用中の薬はありますか？ はい ・ いいえ
 薬品名 () () () () () ()
- 薬の副作用が起きたことがありますか？ はい ・ いいえ
 薬品名 _____ 症状 _____
 薬品名 _____ 症状 _____
- 気管支喘息と診断されたことはありますか？ はい ・ いいえ
- アレルギーはありますか？ はい (アレルギー) _____ ・ いいえ
- 現在、妊娠中ですか？ はい (妊娠 週) _____ ・ いいえ
- 現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ
- タバコは吸いますか？ はい (1日 本) _____ ・ いいえ
- お酒は飲みますか？ はい (毎日 ・ 時々) _____ ・ いいえ
 (何を) (どのくらい)
- 血縁関係のある方で下記の病気の人がいる方は○で囲んで、()には続柄を書いてください ・ なし
 ・ 心臓病() ・ 高血圧症() ・ 糖尿病() ・ 痛風()
 ・ 脳卒中() ・ 肝臓病() ・ 腎臓病() ・ 膠原病()
 ・ 癌() ・ 肺結核() ・ 気管支喘息() ・ アレルギー()

当クリニックは診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 国の政策により窓口負担が10円～20円多くかかります。