

問診票

平成 年 月 日

お名前 _____	性別 男・女
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	年齢 _____ 歳

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください

1. 本日はどうされましたか？ 体温 _____ °C
いつからどのような症状が出ているか、具体的にお書き下さい。

海外渡航中もしくは帰国後に上記症状が出た方はご記入ください。
(渡航先： _____ 渡航期間： _____)

2. 現在治療中の病気はありますか？
いいえ・はい (病名 _____ 年齢 _____ 歳)

3. 現在内服している薬はありますか？
いいえ・はい (薬品名 _____)

4. 今までに大きな病気やケガをされたことはありますか？
いいえ・はい (病名 _____ 年齢 _____ 歳)

5. アレルギーはありますか？
いいえ・はい 花粉 喘息 食べ物 ダニ 動物 ハウスダスト
薬 (_____)

6. 生活習慣についてお伺いします。
・飲酒 : 飲まない・やめた・飲む 種類： _____ (_____ 杯/日、 _____ 回/週)
・喫煙 : 吸わない・やめた(いつ?) _____)・吸う(_____ 本/日 _____ 年間)

7. 女性の方にお伺いします。
現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ・はい
また授乳をしていますか いいえ・はい
最終月経はいつですか？ ()月()日から()月()日

8. 初診の方へ伺います。当院をどのようにお知りになりましたか？
・知人の紹介 (_____) ・通リ道 ・看板 ・インターネット
・その他 (_____)

以上です。ありがとうございました

方南町さくらクリニック