

草加きたやクリニック 問診票(成人)

お名前(カタカナで記入): _____ 男・女
生年月日(大正・昭和・平成) _____年 _____月 _____日 年齢 _____歳

住所 〒 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 TEL _____
氏名 _____ (続柄 _____)

- (1) どのようなことで、おいでになりましたか? 該当するものに○をつけて下さい。
- <風邪> 咳 鼻水 のどの痛み 痰 頭痛 熱()度←測定された方記入をお願いします。
<腹部> 腹痛 吐き気 下痢 便秘
<胸部症状> 胸痛 動悸 息苦しい <睡眠状態> 夜寝付けない 夜中に目がさめる
<脳神経症状> 頭痛 めまい 手足のしびれ <泌尿器症状> 尿が近い 残尿感
<その他> _____

(2) その症状はいつ頃からですか? _____

(3) 今現在、通院中またはかかった事がある疾患を○で囲んで下さい。

糖尿病・高血圧・喘息・腎臓病・心臓病・不整脈・肺の病気・肝臓病・脳梗塞・内分泌疾患
膠原病・精神疾患・癌・その他()

また、手術を受けたことのある方はご記入下さい。

手術(有・無) 病名 _____ 時期 _____年 _____月頃

(4) お薬について 現在飲んでいる薬がわかる方は記載して下さい。

お薬手帳をもっている方は提出して下さい。

(_____)

(5) アレルギー ない・ある ある場合(薬 _____ 食べ物 _____)

(6) 喫煙していますか? はい(喫煙量 _____本/日 喫煙開始 _____歳から) ・ いいえ(禁煙後 _____年)

(7) アルコールは飲まれますか? ほとんど毎日飲む・時々飲む・飲まない

(8) 女性の方に聞きます。現在妊娠中ですか? はい・いいえ・わからない・授乳中

(9) 当院はどちらでおしりになりましたか?

1. 家が近かった 2. 知人の紹介 3. 看板(電柱) 4. 看板(駅) 5. ホム&°-ツ 6. その他()

その他ご質問・診察に関するご希望などございましたら記載して下さい。

[_____]

*この個人情報は診察に関する以外には使用いたしません。

草加きたやクリニック

