

体温 _____ °C
脈拍 _____ 回/min
血圧 _____ / _____ mmHg

春日駅前内科クリニック 問診票

スキャン

ID _____

※ この問診票に記載していただく時柄は、患者さんの診療記録(カルテ)を作成するために使用します。ご記入にご協力ください。

初診日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____ 男・女 _____
お名前 _____ 生年月日(大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____
ご住所 _____

電話番号 _____ ご自宅 : _____ - _____ - _____
(連絡がとれるところ) 携帯番号 : _____ - _____ - _____

ご職業 (_____) (例: 会社員、主婦、フリーター、学生)

勤務先 (_____) (例: ○○会社営業部)

◎ 職業に関連する病気がございますので、ご記入にご協力
頂ければ幸いです。

1. いつ頃からどのようなご症状でお困りですか。

・いつ頃から (_____ 月 _____ 日頃から)

・どのような症状ですか。

* 紹介状・健診結果はお持ちですか?

あり・なし

2. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 癌 高尿酸血症
 糖尿病 前立腺肥大 リウマチ 緑内障 脳卒中 脂質異常症
 その他

3. 親族の方で、下記の病気にかかったことがある方はいらっしゃいますか。

- 喘息 高血圧 心臓病 肝臓病 腎臓病 癌 高尿酸血症
 糖尿病 前立腺肥大 リウマチ 緑内障 脳卒中 脂質異常症
 その他

4. 現在、他の病院で治療中の病気はありますか。

いいえ はい 病名: _____

5. 現在、内服しているお薬がありましたら、お書きください。

内服中のお薬: _____

6. あてはまるものに、チェックをしてください。

* たばこ 吸わない 吸う: _____ 本/日 (_____ 時から) 以前吸っていた: (_____ ~ _____ 才 _____ 本/日)

* アルコール 飲まない 禁酒した 毎日飲む 週(_____) 日 お酒の量: _____

* アレルギー なし

あり: (薬 _____ 食べ物 _____ その他 _____)

* お小水 普通 出にくい 夜 _____ 回 排尿に起きる

* 便秘 毎日 下痢 _____ 回/日 便秘 _____ 日に1回 下剤の服用: 有・無

* 身長(_____) cm 体重(_____) kg この1年の体重変化: なし あり +・- _____ kg

7. 女性の方のみお答えください。

* 月経 順調 不順 閉経 _____ 才

* 妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

8. 当クリニックを知ったきっかけをお教えください。

看板 ホームページ 折込広告 他院からの紹介 家族知人の紹介 (_____ 様)

近所に住んでいる その他 _____

ご記入ありがとうございました。 お手数ですが受付にご提出ください。
春日駅前内科クリニック