

ふりがな		男	職 業
氏 名		・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生		才 月
住 所	〒	電話 () -	ID : _____ <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-top: 5px;"></div>
		携帯(本人・本人以外:続柄) () -	

※ 当クリニック内においてはお名前でお呼びします。不都合のある方はお申し出ください。

問 診 表 (診療時の参考にしますのでご記入ください。)

- 1) どのような症状ですか。それは、いつからですか。(日 前 月 前 年前)
- 【膠原病】** 関節の痛み 腫れ 変形 発熱 倦怠感 _____
- 【神経内科】** 頭痛 首の痛み 腰痛 手や足のしびれ _____
- 【内科】** 風邪 咳 喉の痛み 痰 鼻水 くしゃみ 花粉症 熱 _____℃ 吐気 嘔吐 下痢 _____
- 【その他】** 禁煙外来 特定健診 一般健診 麻疹等抗体検査希望 _____
- 2) 今回の症状について、他の医師の治療を受けましたか。(いいえ・はい)
- 病院名 _____ (紹介状 あり ・ なし)
- 3) 現在、他に治療中の病気はありますか。(ある・ない) 病名: _____
- その病気の薬を飲んでいますか。(はい・いいえ) 薬名: _____
- 4) 上記以外に以下の病気にかかったことがありますか。(ある・ない)
- 糖尿病・腎臓病・高血圧・心臓病・肝臓病・悪性腫瘍・喘息・肺炎・結核・血液疾患
- その他 _____
- 5) 今までに手術を受けたことがありますか。(ある・ない)
- 病 名: _____ H. S. _____年
- 病 名: _____ H. S. _____年
- 6) ご家族の方で下記の病気の方がいらっしゃる場合は、ご記入ください。 例:・糖尿病(祖父 母)
- ・糖尿病() ・腎臓病() ・高血圧() ・心臓病() ・肝臓病()
- ・悪性腫瘍() ・喘息() ・肺炎() ・結核() ・血液疾患()
- 7) ペニシリンその他の薬や食べ物などで、アレルギー症状がでたことがありますか。(ある・ない)
- 薬の名前: _____ ・食べ物の名前: _____
- 8) 現在妊娠中ですか。(はい・いいえ)
- 9) 現在喫煙をされますか。(いいえ ・ はい) はい・・・(本 / 日 歳 から)
- 以前喫煙していたことがある・・・ (本 / 日 年間)
- 10) 飲酒の有無 (有 ・ 無) ・アルコールの種類 _____ ・1日の飲酒量: _____ ml/日
- 11) 歯周病の有無 (有 ・ 無) 治療中・未治療
- 12) 当院をどのようにお知りになりましたか。
- ・紹介状あり ・医療機関口頭紹介(医師・看護師) ・家族 ・知人 ・ホームページ ・電話帳 ・家が近い
- ・その他()