

カルテ No. [                      -                      ]

記入年月日

# 問 診 票

[ 体温 \_\_\_\_\_ ]

令和 3 年        月        日

|      |         |   |    |   |               |    |            |  |  |                                |
|------|---------|---|----|---|---------------|----|------------|--|--|--------------------------------|
| フリガナ |         |   |    | 男 | 生年            | 昭和 | 年 月 日 ( 歳) |  |  |                                |
| 氏名   | 様       |   |    | 女 | 月 日           | 平成 |            |  |  |                                |
| 郵便番号 | 必須<br>〒 | - | 住所 |   |               |    |            |  |  | <input type="checkbox"/> 独居    |
|      |         |   |    |   |               |    |            |  |  | <input type="checkbox"/> 家族と同居 |
| 電話   | 自宅      |   |    |   | 緊急連絡先<br>(携帯) |    |            |  |  |                                |

① どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家族からの紹介   | <input type="checkbox"/> 同僚知人からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> 看板・スタンド   | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介   |
| <input type="checkbox"/> ホームページ    | <input type="checkbox"/> タウンページ    |
| <input type="checkbox"/> インターネット検索 | <input type="checkbox"/> その他       |

|             |    |
|-------------|----|
| 身長          | cm |
| 体重          | kg |
| 20歳頃の<br>体重 | kg |
| 最大体重<br>歳頃  | kg |

② いつ頃からどのような症状でお困りですか？

[ 上記、かならずご記入ください ]

いつ頃から：  (    ) 日前から     (    ) 週間から     (    ) 月前から     (    ) 年前から

症状や程度：

③ ほかの病気で現在、治療を受けていますか？

はい ・ いいえ

- |                               |                               |                              |                                |                              |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病  | <input type="checkbox"/> 高血圧  | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 肝臓病   | <input type="checkbox"/> 腎臓病 |
| <input type="checkbox"/> 脂質異常 | <input type="checkbox"/> 尿酸高値 | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 |
| <input type="checkbox"/> その他： |                               |                              |                                |                              |

④ 過去に大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか(既往歴)？    はい ・ いいえ

病名：

⑤ 現在、内服しているお薬や注射しているお薬がある場合はご記入ください。

お薬手帳持参(右記入は不要です)    お薬名：

⑥ お薬や食べ物でアレルギー(かゆみ、湿疹や気分不快など)をおこしたことがありますか？

いいえ ・ はい →  薬剤名：                       食品名：

⑦ たばこ：     吸わない     (    ) 年前にやめた     吸う - 1日 (    ) 本を (    ) 年間

アルコール：     飲まない     機会があれば飲む     飲む - 週 (    ) 日 ・ (    ) mL/合

・ビール ・焼酎 ・ワイン ・日本酒 ・ウイスキー

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠していますか？     している (    ) 週目     していない     わからない

授乳中ですか？    はい ・ いいえ

⑨ ご両親がかかった病気を教えてください(家族歴)。

父 親：    母 親：