カルテ No. [　　－　　]

記入年月日

問 診 票

[体温 ＿＿＿.＿＿]

令和　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）	
氏 名	様				
郵便番号	必須 〒　　－	住 所		□ 独居	□ 家族と同居
電 話	自宅		緊急連絡先（携帯）		

身 長	cm
体 重	kg
20歳頃の体重	kg
最大体重　歳頃	kg

[上記, かならずご記入ください]

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？

□ 家族からの紹介　□ 同僚知人からの紹介
□ 看板・スタンド　□ 他院からの紹介
□ ホームページ　□ タウンページ
□ インターネット検索　□ その他

② いつ頃からどのような症状でお困りですか？

いつ頃から：　□(　　)日前から　□(　　)週前から　□(　　)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

□糖尿病　□高血圧　□心臓病　□肝臓病　□腎臓病
□脂質異常　□尿酸高値　□喘　息　□前立腺肥大　□緑内障
□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 ・ウィスキー

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 ：

©SUNRISE CLINIC. All rights reserved.