

問 診 票

ID: _____ 体温(_____ °C) (受診日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才) ※15才未満の方は体重(_____ kg)

ご住所 〒(_____)

_____ 都・道・府・県 _____ 市 _____ 区

自宅電話(_____) / 携帯電話(_____)

- いつから、どのような症状ですか? *38°C以上の熱の方は、受付までお申し付けください。
(いつから・・・) _____)
(どのような・・・) _____)
- 今回の症状についてどこかで治療や投薬を受けたことがありますか?
ない・ある 病院名(_____) 薬名(_____) _____)
- 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えてください
ない・ある (病名 _____) 病院名(_____) 薬名(_____) _____)
お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。
- 今までにかかった病気や手術は、ありますか?
ない・ある (高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・脳梗塞・ガン・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎) _____)
その他 (_____) _____)
手術歴 ない・ある 手術した病名(_____) (_____) 歳 手術した病院(_____) _____)
手術した病名(_____) (_____) 歳 手術した病院(_____) _____)
入院歴 ない・ある 入院した病名(_____) (_____) 歳 入院した病院(_____) _____)
入院した病名(_____) (_____) 歳 入院した病院(_____) _____)
- 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか?
ない・ある (薬 _____) 症状(_____) _____)
ない・ある (食物 _____) 症状(_____) _____)
- タバコは吸いますか? 吸わない・吸う・以前吸っていた(1日 _____ 本 _____ 年間)
- 女性の方のみお答え下さい。
妊娠中又は、妊娠の可能性は、ありますか? (いいえ・はい) 最終月経(_____ 月 _____ 日頃 ~)
授乳中ですか? (いいえ・はい) _____)
- 当院では、以下の検査や治療を行っております。説明をご希望の方は、○をつけて下さい。

血液検査・尿検査・骨密度(骨年齢)・胃カメラ・大腸CT・肺CT・禁煙外来・高山病
呼吸機能検査(肺年齢)・アレルギー外来・舌下免疫療法・アンチエイジング(リフトックなど)

どちらで、当クリニックをお知りになりましたか?

紹介(_____ 様)・ホームページ・看板・通りがかり・その他(_____) _____)

ご家族で当院の診察を受けたことがありますか? (はい・いいえ) _____)

※はいの方に伺います→ 患者様名(_____) 続柄(_____) _____)