問 診 票

記 入 日：　　年　　月　　日

（No.　　）

フリガナ		男・女	電話番号	
氏 名	様		生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年　　月　　日生（　　歳）
住 所	（〒　　－　　）			
身 長	cm	体 重	kg	体 温 ℃

当院に来院されことはありますか？

□はじめて　□以前に来たことがある（　　か月前　／　年前　）

いつからどんな症状がありますか？

a）いつから：　□本日から　□昨日から　□＿＿＿日前から　□＿＿＿か月前から

b）症状：（　　）

今までにかかった、または現在かかっている病気を教えてください。

□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症　□高尿酸血症　□狭心症　□心筋梗塞　□脳梗塞・脳出血
□癌（　　）□胃潰瘍　□胆石　□肝臓病　□腎臓病　□前立腺肥大　□緑内障
□婦人科疾患　□手術歴（　　）
□その他（　　）

現在、飲んでいるお薬（またはサプリメント）はありますか？

□なし　□あり（　　）

ほかのクリニック・病院にかかっていますか？　□なし　□あり

（　医療機関名：　　）

たばこ、アルコールについて教えてください。

喫煙：□吸わない　□吸う（　　本／日　×　　年間）　□禁煙した（　　歳ごろから）
飲酒：□飲まない　□時々　□飲む（週に　　日）　種類（　　）　量（　　）

アレルギーがありますか？　□なし　□あり

□薬物（　　）　□食物（　　）　□花粉症　□その他（　　）

女性の方のみにお聞きします。現在妊娠中あるいは妊娠の可能性、または、授乳中ですか？

□いいえ　□はい（□妊娠中（通院の産婦人科名：　　）　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

その他に、相談や希望されることはありますか？

（　　）

ご協力ありがとうございました。

おはら内科クリニック