

問診票

初診日 年 月 日 ID

フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏名	年 月 日生 ()歳	男・女 ご職業()
ご住所 〒(-)		マンション名(号室)
電話番号	○自宅 () -	○携帯 - -
※緊急連絡先	- -	(お名前: 続柄:)

- 1) 今日はどのようなことでお越しになりましたか？
熱がある・喉が痛い・痰が絡む・咳(乾いた咳、痰が絡む咳)・鼻水・お腹が痛い・下痢・吐き気・嘔吐
その他 () それはいつ頃からですか？ (前頃から)
- 2) 今までに入院するような大きな病気にかかったことがありますか？また、ご家族の方はいかがでしょうか？
はい(病名は:)・いいえ
- 3) 今までに手術を受けたことがありますか？
はい(手術名は:)・いいえ
- 4) 今までに輸血を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- 5) 今までに生活習慣病(糖尿病・高血圧・高脂血症)を指摘されたことがありますか？ はい・いいえ
- 6) 生活習慣についておたずねします。
 - a) アルコールは飲みますか？ はい(を1日 / 年間)・いいえ
 - b) 煙草を吸いますか？ はい(1日 本を 年間)・いいえ
 - c) 睡眠時間はどれくらいですか？ (時間)
- 7) 薬を飲んだり注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出たことがありますか？
はい(分かれば具体的に:)・いいえ
- 8) 女性の方にうかがいます。 妊娠されていますか？ はい・(カ月)・可能性あり・いいえ
現在授乳中ですか？ はい・いいえ
- 9) その他ご質問されたいことがあればお書きください。
- 10) 当クリニックをどのようにして知られましたか？ 近所なので・お知り合いの方に聞いて (様)
ネット・広告で ()・その他 ()

ありがとうございました。
ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。



内科・消化器内科・小児科

医療法人 竜安寺クリニック