

# 問診票（成人用）

ふりがな

記入日 → 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男 女

生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

連絡先（必ず連絡のとれる番号）携帯・電話 \_\_\_\_\_

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつから

症状

最近体重の変動はありますか？ → いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

今飲んでいるお薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

( \_\_\_\_\_ )

2 現在治療中または今までにかかった病気はありますか。→ いいえ ・ はい（下記に記入）

高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃十二指腸潰瘍・結核・喘息

その他の病気、手術、入院歴など（いつ、どのような病気を）

3 アレルギー体質といわれたことはありますか。→ いいえ ・ はい（下記に記入）

喘息・花粉症・鼻炎・結膜炎・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎

食べ物・薬品のアレルギー（副作用）はありますか → ない・ある（品名 \_\_\_\_\_）

4 タバコは吸いますか → いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 歳から 現在 \_\_\_\_\_ を1日 本)

5 お酒は飲みますか → いいえ・はい (週に \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ )

6 女性の方にうかがいます 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ごろ

妊娠している可能性はありますか → はい・いいえ

授乳中ですか → いいえ・はい

閉経 ( \_\_\_\_\_ 才)

7 血縁のある方について教えてください

突然死、心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか → いない・いる ( \_\_\_\_\_ )

アレルギー体質の方はいますか → いない・いる ( \_\_\_\_\_ )

高血圧、糖尿病など持病のある方はいますか → いない・いる ( \_\_\_\_\_ )

8 そのほか伝えておきたいことがございましたらご記入ください

9 当クリニックを何でお知りになりましたか？

家族・子どものかかりつけ、知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ )、インターネット、ホームページ

タウンページ、看板、電柱看板、その他 ( \_\_\_\_\_ )