

♪♪♪ 問診表 ♪♪♪

庭野クリニック

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

フリガナ _____

お名前 _____ (男・女)

昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才) 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg)

郵便番号 〒 (_____)

ご住所 _____

電話番号 (_____) 携帯電話 (緊急連絡先) (_____)

1. いつから、どのような症状ですか？

いつから・・・

どのような・・・

2. 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 (_____)

3. 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をお願いします。

4. ご家族・ご親族に、次の病気はありますか？ * () には母、祖父などを記入

糖尿病 () 高血圧 () 高脂血症 () 心臓病 () 癌 ()

5. 今までにかかった病気や手術はありますか？

ない・ある→緑内障・高血圧・糖尿病・高脂血症・前立腺肥大・心臓病・脳梗塞・癌・喘息・花粉症

その他 ない・ある→ (_____)

手術歴 ない・ある 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 (_____)

手術歴 ない・ある 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 (_____)

6. 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 _____)

7. タバコは吸いますか？ 吸わない ・ 吸う (1日 _____ 本： _____ 年間喫煙)

・ やめた (過去 _____ ~ _____ 歳：1日 _____ 本 _____ 年間喫煙)

8. お酒は飲みますか？ 飲まない・付き合い程度・飲む (ビール _____ 本 酒 _____ 合)

9. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中・授乳中又は、妊娠の可能性は、ありますか？ (いいえ ・ はい)