

問診票

ふりがな	
名前	

男・女 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生
(歳)

ご住所

電話番号 () -

携帯番号 () -

身長 cm / 体重 k

1. どのような症状がありますか？

発熱 (°C) ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ 息苦しい
吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 食欲不振
その他 ()

2. いつからですか？

月 日 頃から

3. 今日の症状のことで当院以外の医療機関に受診しましたか？

はい (医療機関名) ・ いいえ

4. 過去にかかった病気または、現在治療中の病気はありますか？

はい (お薬手帳を受付にお出してください) ・ いいえ

高血圧症 高脂血症 糖尿病 腎臓病 肝臓病 心臓病
脳血管障害 消化器疾患 呼吸器疾患 甲状腺障害 前立腺肥大症 緑内障
その他 ()

5. 現在、服用中のお薬がありますか？

はい (お薬手帳をお出しいただく方は記入不要です) ・ いいえ

6. アレルギーはありますか？

はい (薬剤: 、食べ物:) ・ いいえ

7. 現在たばこを習慣的に吸っていますか？

はい (1日 本 × 年間) ・ いいえ

過去に吸っていた (歳 ~ 歳まで × 平均 1日 本)

8. 飲酒の頻度と飲む量について

毎日飲む・時々飲む・ほとんど飲まない・全く飲まない 飲む方は→ (合 または mLくらい)

9. 女性の方へ・・・

①現在妊娠の可能性はありますか？

妊娠中 (予定日 年 月頃) ・ 可能性あり ・ なし

②現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

ご記入ありがとうございます。

みなみクリニック