

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
氏名		女	年齢		()歳
住所	〒				
電話番号	(自宅)				(携帯)

今日はどうなさいましたか？

症状はいつからですか？

現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 脂質異常症 心疾患 不整脈 甲状腺疾患

アレルギー(花粉症含む) 喘息 脳出血/脳梗塞 がん

その他() 特になし

今までに手術をしたことがありますか？

なし あり(手術名: 時期: 年 月頃)

現在服用中のお薬はありますか？

なし あり(お薬名:) お薬手帳持参

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり(お薬名や食べ物名:)

お酒は飲みますか？

飲まない 飲む 種類(ビール・ウイスキー・日本酒・ワイン・チューハイ・その他)

量(杯/合) 頻度(毎日・週 日・たまに飲む程度)

タバコは吸いますか？

吸わない 吸う 1日()本 以前は吸っていたがやめた()年前に

※女性の方のみ

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい()週目

授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。受付までお持ちください。
医療法人社団光恵会 しばぞのクリニック