

北山田クリニック 問診表

下記の質問にお答えください。□にはレ点をつけてください。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 ____年____月____日 (____歳____ヶ月)
氏名	_____			
住所	〒_____	自宅		()
	_____	携帯		()
	_____	体重※		Kg

1. 本日はどのような症状がありますか？

(いつ頃から_____)

- 発熱(____時頃:____℃、現在:____℃)
 のどの痛み
 咳
 痰
 発疹
 鼻水
 鼻づまり
 頭痛
 めまい
 腹痛
 吐き気
 嘔吐
 下痢・軟便
 その他 (_____)

※薬の量に関係することがあります。大人の方もご記入ください。

2. 今までにかかった病気に印をつけてください。またそれは何歳頃かご記入ください。

- 高血圧(____歳頃)
 糖尿病(____歳頃)
 胃潰瘍(____歳頃)
 心臓病(____歳頃)
 肝臓病(____歳頃)
 脂質異常(____歳頃)
 腎臓病(____歳頃)
 喘息(____歳頃)
 緑内障(____歳頃)
 脳梗塞(____歳頃)
 手術(____歳頃_____の手術)
 その他 (_____)

3. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ある場合はその名称をご記入ください。

- はい → 薬や食品の名前 (_____) / いいえ

4. 今現在飲んでいる薬はありますか？ある場合はその名称をご記入ください。

- はい → 薬の名前 (_____ ※お薬手帳等お持ちでしたら記入は不要です。) / いいえ

5. <女性の方にお聞きします>

- ・妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ はい(____週目) / いいえ
 ・授乳中ですか？ はい / いいえ

6. 飲酒についてお答えください。

- 飲む → (____ml/回) 毎日 ____日/週 機会飲酒のみ / 飲まない

7. 喫煙についてお答えください。

- 吸う (____本/日 ____/年間) 吸わない(____年____ヶ月前から禁煙中)

8. 保険証のコピーをさせていただいてもよろしいですか？ はい / いいえ

9. ご要望等ございましたらご記入ください。

(_____)

ご協力ありがとうございました。