

診療申込・問診票

くさまみなとクリニック

年 月 日

ふりがな				男 ・ 女	生 年 月 日	才
氏名	様				大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
住所	〒 -					
電話 (自宅)			電話 (携帯)			
身長	cm	体重	kg	体温	°C	

(身長、体重、体温は院内で測定可能です。お気軽にお声がけください。)

1. 今までに大きな病気、手術、ケガなどされたことはありますか？

はい いいえ

()年頃 病名()

2. 現在、通院中、または飲んでいる薬はありますか？

ある ない (くすり手帳あり/くすり手帳なし)

<病院名>【 】<薬の名前>【 】

3. 今までに食物アレルギー、薬物アレルギー症状などが出たことはありますか？

※注射や薬をのんで気分が悪くなったり、発疹や冷や汗が出たりショックを起こした方。

本人及び家族に喘息、アレルギー、蕁麻疹、ピリン疹などの薬疹ある場合は必ず医師に申し出て下さい。

ある 食品名【 】

薬品名【 】

ない

4. たばこは吸われますか？ いいえ はい→1日< >本ぐらい・< >年間

5. お酒は飲まれますか？ いいえ はい→種類< >・1回の量< >

6. 専門外来をご希望の場合は○をつけてください。

①糖尿病 ②甲状腺 ③生活習慣病 ④いびき ⑤禁煙 ⑥その他(自費診療含む)

☆症状を詳しくお聞かせください☆ 例:いつから、風邪、血圧が高いなど

[

[症状であてはまるものに○をつけてください]

発熱(°Cくらい) 咳 のどの痛み 頭痛 鼻水(黄色・透明) 鼻づまり

下痢(回くらい) 嘔吐(回くらい) 吐き気 腹痛 胃の痛み

体のだるさ 関節痛 めまい 喘息 便秘

[食欲はありますか？] 食欲ある あまり食欲ないが食べている 食べられない

★女性の方へ★ 生理中 妊娠中(週) 授乳中

☆小児の保護者の方へ☆ 粉薬がいい 錠剤がいい シロップがいい

ご記入ありがとうございました。