

問診票

くさまみなとクリニック

ふりがな 氏名		男	生年月日	大正	昭和	平成	令和
		女		年	月	日	歳
住所	〒						
TEL (自宅)				TEL (携帯)			
身長	cm	体重	kg	平熱	℃		

当てはまるものに○をつけ、また詳しい症状の記入をお願いします

体調不良 … 発熱 咳・喉の痛み 鼻水・鼻づまり 腹痛 頭痛 めまい
 今の体温 ℃ 便秘・下痢 整形・体の痛み その他()

いつから・どこが・どのように 具体的に記入してください

★薬の形状は 粉薬 錠剤 シロップ 希望です

健診異常 … 血圧 糖代謝 脂質 心電図 その他()
 ★健診結果受付に提出してください

専門外来 … 糖尿病 甲状腺 生活習慣病 いびき 禁煙 その他

①～⑥までの質問にお答えください

①いままでに大きな病気・手術・ケガをされたことはありますか？ いいえ はい

はいと答えた方(いつ頃 _____ 病名 _____)

②現在通院中・また飲んでいるお薬はありますか？ いいえ はい

※お薬手帳をお持ちでない方は服用している薬名を記入してください。お持ちの方は受付にお見せください。

(薬名 _____)

③食物アレルギー・薬物アレルギーが出たことはありますか？ いいえ はい

はいと答えた方(食品・薬品名 _____)

※注射や薬を飲んで気分が悪くなったり、発疹・冷や汗が出たりショックを起こしたことがある方、
 本人及び家族に喘息・アレルギー・蕁麻疹・ピリン疹がある方は必ず医師に申し出てください。

④タバコは吸われますか？ いいえ はい はいと答えた方(1日 _____ 本くらい)

⑤お酒を飲まれますか？ いいえ はい はいと答えた方(種類 _____ 1回量 _____)

⑥女性の方へ 生理中 妊娠中(_____ 週) 授乳中

ご記入ありがとうございました。