

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 ____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 (_____)

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。