

ID: _____

問 診 票

年 月 日

ふりがな

氏名: _____ 代筆 生年月日: _____ 年 月 日 (男・女)

[〒 _____]

住 所: _____

電話番号: 自宅 _____ 携帯 _____

(当院よりご連絡する場合がございますので、2か所以上の電話番号・メールアドレスを記入お願い致します)

メールアドレス: _____ @ _____

病気を正しく診断するために、次の質問にお答えください

本日受診された症状について

いつ頃から: _____ 日前から _____ カ月前から _____ 年前から

症状は? 発熱: 自宅 (最高 _____ °C) クリニック計測 (_____ °C)

のどの痛み・鼻水・鼻づまり・体重減少

せき: 1日のうち (朝方・日中・夜中・1日中) が1番強い

たん (透明たん・黄緑色たん)・息切れ・ぜいぜい ひゅーひゅー・血痰

胸痛・背中痛み・頭痛・腹痛・吐き気・嘔吐・下痢・便秘

その他 _____

1. 本院を受診するまでに、他の病院・クリニックの診療を受けましたか?

受診していない _____ 受診した (_____ 月 日)

現在飲んでいくすり _____

2. 今までに次の病気にかかったことがありますか?それはいつごろですか? (_____)

肺炎・アレルギー性鼻炎・気管支ぜんそく・肺気腫・COPD・肺結核・高血圧症・

脂質異常症 (高脂血症)・糖尿病・高尿酸血症・心臓病・胃の病気・腸の病気

その他 (_____)

3. ご家族に上記の病気の方がいらっしゃいますか? (_____)

4. たばこを現在、過去吸いますか? 吸わない _____ 吸っている (1日 _____ 本 _____ 歳まで)

5. 酒類を飲みますか? 飲まない _____ 飲む (種類 _____ / _____ mL)

6. アレルギーがありますか? 花粉症・アレルギー性鼻炎・小児ぜんそく・アトピー性皮膚炎
食べ物アレルギー (_____)・くすりアレルギー (_____)・その他 (_____)

7. 動物を飼っていますか? 現在: _____ 以前: _____

8. ご職業はなんですか? 現在: _____ 以前: _____

☆☆最後に、当院を受診されたきっかけはなんですか?☆☆

通りがかり・ご家族のすすめ・友人、知人のすすめ・クリニックのホームページ

インターネット検索・その他 (_____)

(お書きいただいた個人情報は、診療以外の目的には使用せず、その取り扱いには十分注意を払い、適切な管理を行ってまいります)