

問 診 票

ID: _____

〒 _____

電話番号: _____

ふりがな

住所: _____

ふりがな

氏名: _____ (男・女)

生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C 職業: _____

■ 本日の受診目的に○をしてください。

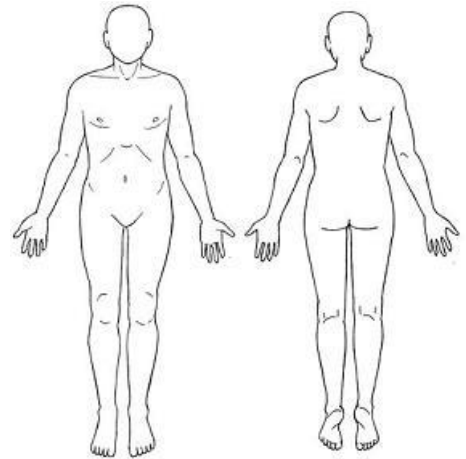
痛みのある方は痛みのある場所を○で囲って下さい

風邪・ケガ・痛み・下肢静脈瘤・禁煙目的
その他:(_____)

※ 今回受診目的が以下の項目に該当する場合は

○で囲んでください

[交通事故 ・ 仕事中のけが ・ 通勤中のけが]



■ 現在治療中の病気はありますか。 [ある ・ ない]

『ある』の方は該当する病気に丸をつけてください。

高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病

胃潰瘍 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ 結核 ・ 肝臓病

手術(部位 _____) ・ その他(_____)

■ 現在、服用中のお薬はありますか。 [はい ・ いいえ]

■ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。 [はい ・ いいえ]

『はい』の方はわかれば薬・食べ物の名前をお書きください

[_____]

■ 嗜好品についてお答えください。

たばこ [吸わない ・ やめた ・ 1日1~10本 ・ 11~20本 ・ 21本以上]

お酒 [飲まない ・ 時々飲む ・ 1日おきくらいに飲む ・ 毎日飲む]

■ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか (はい ・ いいえ ・ 不明)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

■ その他、医師に伝えたいことがあり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。順番がきましたらお呼びしますので、もうしばらくお待ちください。



刈谷なりたクリニック