問診票

記入日　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H　　年　　月　　日	満　　才
氏名					
住所	〒				
連絡先	－　　－　　携帯 ・ 自宅 ・ その他（　　） クリニックからご連絡させて頂くことがございます。ご連絡のつくお電話番号の記入をお願いいたします。				
身長	cm	体重	kg	本日の体温	℃

診療上の参考にさせて頂きますので、ご自身についての質問にお答えください。

1. 本日はどうされましたか？あてはまる症状にチェックし、いつ頃からを記入してください。

□発熱	月　日から	最高　　℃
□咳　□鼻水　□喉の痛み	月　日から	
□頭痛	月　日から	
□食欲低下	月　日から	
□嘔気　□嘔吐	月　日から	
□腹痛　（□上腹部　□下腹部）	月　日から	
□下痢	月　日から	
□めまい	月　日から	
□倦怠感	月　日から	
□胸痛　□動悸	月　日から	
□息苦しさ	月　日から	
□その他　月　日から		

2. 薬のアレルギーはありますか？　□いいえ　□はい（ 薬剤名/　　）

3. 食べ物のアレルギーはありますか？　□いいえ　□はい（　　）

4. 花粉症はありますか？　□いいえ　□はい（　　）

5. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？　□いいえ　□はい

□高血圧　□糖尿病　□脂質異常症　□喘息　□その他（　　）

6. 現在飲んでいる薬はありますか？　□なし　□あり（ 薬剤名/　　）

7. 家族（血縁関係）の方で次の病気にかかった方はいらっしゃいますか？　□いいえ　□はい

□高血圧　□糖尿病　□気管支喘息　□心臓病　□脳梗塞　□脳出血　□がん

8. 今までに手術をされたことはありますか？　□いいえ　□はい（病名/　　）

（いつ頃/　　）

9. アルコール　□飲まない　□飲む（ □毎日　□時々　□月に　　回位 ）

10. たばこ　□吸わない　□吸う　□過去に吸ってた（ 1日/　　本 ）（ 約　　年間 ）

女性の方にお伺いします。

11. 現在妊娠していますか？　□はい（ 出産予定日　　年　月　日 現在妊娠　　ヶ月 ）

□いいえ　□わからない

12. 現在授乳中ですか？　□いいえ　□はい

ご記入頂きました個人情報は診療に関してのみ使用致します。ご協力ありがとうございました。

しだみクリニック　180405