

いわもと内科クリニック 問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒	
自宅電話 携帯番号	E-mail (予約情報などをお送りします)	

以下の項目について、ご記入下さい。

身長 _____ c m 体重 _____ kg 体温 _____ ℃

1. 本日はどんな症状・内容で受診されましたか？

症状・内容 (_____)

いつから症状がありますか？ (_____)

2. 現在までに次の病気にかかったことがありますか？ (あれば○をつけてください。)

A. 糖尿病	B. 高血圧	C. 脂質異常症	D. 心臓病	E. 脳卒中
F. 腎臓病	H. 肝臓病	I. アレルギー	J. その他 (_____)	

3. 現在、内服している薬はありますか？

① はい (薬剤名: _____)

② いいえ

4. 上記以外に大きな病気、手術、けがなどはありますか？

① はい (病名: _____) (いつ頃: _____ 歳ごろ)

(医療機関名: _____) (輸血の有無: 有・無)

② いいえ

5. 今までに食べ物や薬で何らかの異常 (発赤、じんま疹、気分不良など) が起こったことはありますか？

① はい (食物名/薬剤名: _____) ② いいえ

6. 女性の方へ 最終月経: _____ 月 _____ 日

現在妊娠していますか? ① はい (週数: _____) ② いいえ

授乳中ですか? ① はい ② いいえ

7. たばこ: 吸わない・吸う (1日に _____ 本/日、約 _____ 年間)

飲酒: 飲まない・飲む (種類: _____ 量: 1回 _____ 杯) (毎日・週1~3回・それ以外)

8. その他、ご質問やご相談はありますか？

<p>～簡単なアンケートをお願いしております。ご協力をお願い致します。～</p> <p>・当院を知ったきっかけは? 知人友人の紹介・当院のホームページ・インターネット・建物看板・ 他医療機関の紹介・その他 (_____)</p> <p>・通院手段は? 徒歩・自転車・自家用車・電車・タクシー・バス</p>
--



いわもと内科
クリニック