

問 診 表

仙川駅前すずきクリニック

ID _____ 体温(_____ °C) (受診日) 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ

お名前 _____ (男・女)

大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才)

ご住所 _____ 〒(_____ — _____) ※15才未満の方は体重(_____ k g)
_____ 都 道 府 県 _____ 市 区

TEL (_____) 携帯(_____)

緊急連絡先(_____)

1. いつから、どのような症状ですか？

(いつから・・・ _____ どのような・・・ _____)

2. その症状についてどこかで治療や投薬を受けたことがありますか？

ない・ある 病院名(_____)薬名(_____)

3. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えてください

ない・ある (病名 _____) 病院名(_____)薬名(_____)

4. 今までにかかった病気や手術は、ありますか？

ない・ある (高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・脳梗塞・ガン・喘息・痛風・アトピー)

手術歴(_____) 手術した病名(_____)

入院歴 ない・ある 入院した病名(_____)入院した病院名(_____)

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

ない・ある (薬 _____)

ない・ある (食べ物 _____)

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中又は、妊娠の可能性は、ありますか？ (いいえ・はい) 最終月経(_____ 月 _____ 日頃～)

授乳中ですか？※はいの方は、お子様の年齢を教えてください。(いいえ・はい) (_____ 才 _____ ヶ月)

7. タバコは吸いますか？ _____ 吸わない・吸う(1日 _____ 本)

8. 今回の症状以外で気になる症状があれば○で囲んで下さい。

胃痛・胸やけ・便秘・下痢・疲労・肥満・メタボリックシンドローム ぜんそく・アトピー
頭痛・不眠・うつ・貧血・冷え性・花粉症・アレルギー性鼻炎・肩こり・腰痛・にきび

9. 当院では、以下の検査や治療を行っております。説明をご希望の方は、○をつけて下さい。

健康診断・血液検査・尿検査・レントゲン・心電図・エコー検査
骨密度検査(骨年齢)・呼吸機能検査(肺年齢)・腫瘍マーカー検査
アレルギー検査・禁煙外来・にんにく注射・プラセンタ注射・漢方治療

どちらで、当クリニックをお知りになりましたか？

紹介(_____ 様)・ホームページ・看板・通りがかり・その他

ご家族で当院の診察をうけたことがありますか？ (はい・いいえ)

※はいの方に伺います→ 患者様名(_____)

どういったご関係ですか？(父・母・子供・兄弟・姉妹・友人・職場・その他)