

2015/ / 問 診 票 ふみもと クリニック (_____)

ふりがな	生年月日	大 昭 平	_____年	_____月	_____日
氏 名	_____	男 女	_____	才	_____
〒	_____	電話	_____	携帯	_____
住所	_____				

1. どのように体調が悪いですか？（該当項目に印を付け、詳細を記載してください）

・ 検査異常 動悸 息切れ 胸痛 頭痛 発熱 咽頭痛 咳 痰 鼻水 腹痛 下痢 嘔吐

いつから

2. 既往疾患や治療中の疾患を書いてください。また、以前に異常があると指摘されたことがあれば、書いてください。（該当する疾患名があれば印を付けてください）

・ 高脂血症(脂質異常症) 高血圧 高尿酸血症 糖尿病 肥満症 脂肪肝 狭心症

・ 内服中の薬があればその名前を書いてください

(人間ドックや健康診断の結果などがありましたら参考にいたします。受付にお出し下さい)

3. アレルギーはありますか？ ある ない (ある方は下段に書いてください)

薬剤 _____ 食品 _____ 花粉症 _____ その他 _____

4. 生活習慣について伺います。

・ 喫煙： 吸わない 止めた 吸う (_____年間 _____本/日)

喫煙される方に伺います。機会があればやめたいと思いますか？(はい いいえ)

・ 飲酒： 飲む 飲まない

種類は？(ビール ワイン 日本酒 ウイスキー 焼酎 その他 _____)

量は？(_____合 ml)

5. 当院受診のきっかけを教えてください。(自宅が近い 職場が近い 近所によくくる)

6. 体格について： 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

7. 女性に伺います。

月経は？ (規則正しい 不規則 閉経した 妊娠中 授乳中)