

前羽クリニック 問診票

年 月 日

フリガナ			身長	体重
氏名			cm	kg
生年月日	T・S・H	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		男・女	
TEL		携帯		

当院をお知りになったきっかけは？（複数回答可）

近所だから・家族からの紹介・知人からの紹介・他院からの紹介・ホームページ・新聞広告
雑誌広告・電話帳・ハガキ・郵便局封筒・電柱広告・バス車内放送・その他（ ）

① いつから症状がありますか？ 今日から・（ ）日前から・（ ）週間前から・（ ）ヶ月前から

② どのような症状がありますか？

発熱・寒気・関節痛・咳・痰・鼻水・鼻詰まり・のどの痛み・腹痛・吐き気
嘔吐・下痢・食欲低下・頭痛・めまい・しびれ・日中眠気・いびき・息苦しい胸痛
動悸・むくみ・背中痛み・その他（ ）

③インフルエンザ検査希望 → なし・あり

④上記の症状で医療機関を受診されましたか？

いいえ・はい（医療機関名： ）

⑤気になる病気、調べてもらいたい病気はありますか？

いいえ・はい → （ ）

⑥今まで薬や注射や点滴などで体に異常がおきたことがありますか？

いいえ・はい → （薬の種類： 症状 ）

⑦過去または現在治療中の病気がありますか？

いいえ・はい → （ ）

⑧過去に大きな手術をされましたか？

いいえ・はい → いつ頃（ ）病名（ ）

⑨ご家族の中に大きな病気をされた方はおられますか？

いいえ・はい → （ ）

⑩普段飲んでいる薬はありますか？ いいえ・はい

⑪普段飲んでいるサプリメント・健康食品はありますか？ いいえ・はい

⑫飲酒・喫煙はされますか？ タバコ： いいえ・はい（本/日）・（ ）才から禁煙
お酒： いいえ・はい

⑬女性の方へ 現在妊娠している・妊娠している可能性がある・授乳中