

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		

①いつから症状がありますか？

今日 ・ 昨日 ・ 2、3日前 ・ () 週間くらい前から

②どのような症状がありますか？

発熱 ・ 寒気 ・ 関節の痛み ・ 咳 ・ のどの痛み ・ 痰がでる ・ 息苦しい
 胸が痛い ・ 背中が痛い ・ 動悸 ・ 息切れ ・ 鼻水 ・ 鼻詰まり ・ 腹痛
 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 食欲低下 ・ 頭痛 ・ めまい
 その他 ()

③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 :)

④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 → ()

⑤アレルギーはありますか？

薬剤アレルギー : いいえ ・ はい ()
 食物アレルギー : いいえ ・ はい ()

⑥過去または現在治療中の病気がありますか？

いいえ ・ はい → ()

⑦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 ()

⑧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 → ()

⑨普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい → お薬手帳は持参されていますか？ いいえ ・ はい

⑩飲酒・喫煙はされますか？

タバコ : いいえ ・ はい (本 / 1日)
 お酒 : いいえ ・ はい

⑪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

どのようにして当クリニックを知られましたか？

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
 インターネット ・ 電柱広告 ・ その他 ()