

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	〒			
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 ・ 息苦しい ・ 胸痛 ・ 動悸 ・ 背部痛
 鼻水 ・ 鼻詰まり ・ のどの痛み ・ 痰がでる ・ 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現在治療中の病気がありますか？

いいえ ・ はい → ()

⑥普段飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい → (薬品名)

⑦過去に治療された病気、手術などはありますか？

いいえ ・ はい → いつ頃 () 病名 ()

⑧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

⑨アレルギーはありますか？いいえ ・ はい ()

⑩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 → ()

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

⑫新型コロナ感染歴はありますか？ いいえ ・ はい→いつ頃 ()

⑬1か月以内に新型コロナ感染した同居人はいますか？

いいえ ・ はい→いつ頃 ()

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・ドクターズファイル・電柱広告その他
 ()