

問 診 票

年 月 日

ふりがな		性別	男・女
氏名			
住所	〒		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 満 歳
T E L	(自宅)	(携帯)	

◆ 今日どのような事でしたか？あてはまる症状にチェック☑を付けて下さい

- 発熱 頭痛 鼻水 のどの痛み せき たん 関節の痛み 検診・健診
腹痛 はき気 嘔吐 下痢 便秘 食欲不振 腰痛
息苦しい めまい ふらつき 身体がだるい その他 ()

◆ 既往歴

- あり 何年頃 [病名]
なし

◆ 現在治療中の病気はありますか？

いいえ・はい [病名]

◆ 現在服用しているお薬はありますか？

いいえ・はい [お薬]

◆ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ・はい [病名] [お薬]

◆ 今までに入院・手術をされたことはありますか？

いいえ・はい [手術] [お薬]

◆ お酒は飲みますか？ いいえ・はい

◆ タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う (一日 本) ・禁煙した (年前から)

◇ 女性の方だけお答え下さい

妊娠されていますか？ いいえ・わからない・はい (週目)

授乳中ですか？ いいえ・はい

◆ 診察にあたって『こうして欲しい』と思うことがあればチェック☑を付けて下さい

- 飲み薬 (内服薬) が欲しい 点滴・注射をしてもらいたい 湿布・付け薬を希望
検査を希望 生活指導を希望
その他 ()

◆ 当クリニックは何でお知りになりましたか？よろしければチェック☑を付けて下さい

- 知人の紹介 医師の紹介 福祉施設の紹介 その他紹介
パソコンでの検索 スマホでの検索 パソコンでのネット広告 スマホでのネット広告
その他 ()

吉澤クリニック