

問 診 票

令和 年 月 日

初診の方は、お手数ですが下記の質問にお答えください。

フリガナ

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

住所 〒 _____

連絡先 自宅 _____ () _____ 携帯 _____ ()

体重(12歳以下のみ記入) _____ Kg 体温(熱のある方のみご記入下さい。) _____ °C

1. 今日はどうされましたか？

2. いつ頃からですか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

3. 嗜好品についてお聞きします。

タバコ _____ 本/1日 _____ 歳より

日本酒 _____ 合/1日 _____ ビール _____ ml/1日

ウイスキー _____ 杯/1日 _____ その他(ワインなど) _____ 杯/1日

4. 今までにかかった病気を○で囲って下さい。 また、それはいつ頃(何歳頃)ですか？

心臓病 肝臓病 胃・十二指腸潰瘍 腎臓病 高血圧症 糖尿病

その他 () いつ頃 ()

5. ○で囲んでお答えください。(カッコ内はわかる場合にご記入下さい。)

☆ 薬や注射で気分が悪くなったことがある。(薬名など _____)

☆ アレルギー体質である。 じんましん がやすい。(どんな食べ物で _____)

☆ 手術を受けた事がある。(いつ頃 _____)(病名 _____)

☆ 輸血を受けた事がある。(いつ頃 _____)

☆ 親族に糖尿病の方がいる。

6. 女性の方のみお答え下さい。

授乳中ですか。(はい ・ いいえ)

最終月経 (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日) 閉経 (はい ・ いいえ)

ご協力ありがとうございました。

花田内科クリニック