

# 問 診 表

来院日 令和 年 月 日

フリガナ

氏 名 ( 男性 ・ 女性 )

生年月日 (明治・大正・昭和・平成) 年 月 日 年齢 歳

住所

連絡先 (※緊急時にご連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。)

携帯電話 ( ) その他連絡先 ( )

- 1) 今日は、どのような事 (症状) で来院されましたか。  
(※風邪の場合も具体的な 症状をご記入してください。)
- 2) その症状はいつ頃からですか。
- 3) 今回の症状で今までにどこかで診察を受けましたか。  
( はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ )
- 4) 今までに下記の病気をしたことがありますか。( はい ・ いいえ )  
心臓病 肝臓病 腎臓病 気管支喘息 高血圧症 糖尿病 脳卒中  
慢性胃炎 癌 その他 ( \_\_\_\_\_ )  
現在も治療していますか。( はい ・ いいえ )
- 5) 現在お飲みになっている薬はありますか。( はい ・ いいえ )  
お薬の内容 ( \_\_\_\_\_ )
- 6) 今までにアレルギー症状を起こしたことがありますか。( はい ・ いいえ )  
花粉 ハウスダスト 食品名 ( \_\_\_\_\_ ) 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 7) 日常生活についてお尋ねします。  
お 酒 ( 飲まない ・ 飲む < 時々 ・ 毎日 \_\_\_ 合ぐらい > )  
タバコ ( 吸わない ・ 吸う < 一日 \_\_\_ 本ぐらい \_\_\_ 年間 > )
- 8) 女性の方へ 現在、妊娠をしていますか。( はい \_\_\_ カ月 ・ いいえ ・ 不明 )
- 9) 現在 お仕事をしていますか。( はい ・ いいえ )  
お仕事の内容 ( \_\_\_\_\_ )
- 10) 風邪症状又は発熱されている方へ  
最近海外に行きましたか。(はい (場所: \_\_\_\_\_ 期間: \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ まで) ・ いいえ )
- 11) これから受ける診療についてご希望やご意見、またスタッフに関する事などが  
ありましたらお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_ )
- 12) このクリニックはどのようにしてお知りになりましたか。  
知人・家族からの紹介 インターネット タウンページ  
武蔵野赤十字病院 都立府中病院 その他病院・クリニックより紹介  
駅の看板 電柱広告 その他 ( \_\_\_\_\_ )

以上ありがとうございました。かみやま内科クリニック