

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別 男 / 女	年齢 歳
氏名		職業 : あり () / なし	
生年月日 : 明・大・昭・平 年 月 日		電話番号 : 携帯 : 自宅 :	
住所	〒		

1、症状はいつからですか？ 今日 / () 日前 / () 週間前 / それより前 ()

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 喉が痛い	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻閉	<input type="checkbox"/> 咳
<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 寒気
<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> のどが渇く	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 吐き気
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 胃が痛む	<input type="checkbox"/> お腹が痛む
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 胸が痛む
<input type="checkbox"/> いびき	<input type="checkbox"/> 夜間頻尿	<input type="checkbox"/> 日中の眠気	<input type="checkbox"/> 不眠
<input type="checkbox"/> その他			

2、現在治療中の病気・過去に指摘された病気はありますか？

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 肝臓病
<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳卒中
<input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> ご家族に同様の病気はありますか？			

3、現在飲まれているお薬、市販薬、サプリメントなどがあれば記載してください。

裏面につづく

問診票

記入日 年 月 日

4、タバコを吸いますか？：

①いいえ / ②はい () 本/日 × () 年間 / ③現在禁煙中 () 歳から)

5、お酒を飲みますか？：

①飲まない / ②毎日飲む / ③時々飲む / ④禁酒中 () 歳から)

種類・量：ビール 本・焼酎 合・ワイン 杯・その他 ()

6、お薬や食物などでアレルギーがあれば記載してください。

①なし / ②あり (内容を記載してください)

7、(女性の方のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

① いいえ / ②妊娠中：() ヶ月 / ③授乳中

◆-----◆
当院のことを知ったきっかけをお伺いいたします。

- ① 家族が受診しているため
- ② 知人・友人の紹介
- ③ インターネットを検索して
 < ホームページ EPARK その他 () >
- ④ 看板をみて
- ⑤ 近隣のため
- ⑥ 通勤、通学の通り道のため
- ⑦ 他の医療機関からの紹介
- ⑧ その他()

ご回答ありがとうございました。

今後のクリニック運営の参考にさせていただきます。

楠本内科医院は地域のかかりつけ医を目指し、様々な患者さんの訴えに誠実に答えていきたいと考えておりますので、どうぞお気軽にご相談ください。

通院困難な場合は定期的な訪問診療も行っております。



楠本内科医院
KUSUMOTO MEDICAL CLINIC