月　　日記入

問診票

フリガナ	男 女	年齢	生年月日
氏名			年　月　日

住所	〒	
電話番号	（自宅）	（携帯）
	緊急連絡先	（続柄）

来院の目的は何ですか？

☐ 相談・治療・診察（病名：　　）　☐ 健診　☐ 介護申請

☐ 検査　⇒希望内容（　　）　☐ その他（　　）

今日はどうなさいましたか？該当する症状に☑チェックをお願いします

☐ 発熱	☐ 咳・たん	☐ のどの痛み	☐ 鼻水・鼻づまり
☐ 味覚／嗅覚異常	☐ 関節の痛み	☐ めまい／ふらつき	↳ ☐ 花粉症
☐ 息苦しい	☐ 体がだるい	☐ 腹痛	☐ 動悸
☐ 頭痛	☐ 下痢	☐ 食欲がない	☐ むくみ
☐ 吐き気	☐ 血便	☐ その他（　　）	

服用中のお薬はありますか？

☐　ない　☐ ある（　　）

お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

☐　ない　☐ ある（　　）

お酒は飲みますか？

☐ 飲まない　☐ 飲む　週に（　　）日、種類・量（　　）

たばこは吸いますか？

☐ 吸わない ☐ 吸う 1日（　　）本　☐ 吸っていた（　　）本/日を（　　）年間

ご家族に既往症はありますか？ ☐ なし　☐ あり

☐ 高血圧（　　）　☐ 糖尿病（　　）　☐ 心臓病（　　）　☐ コレステロール

☐ 不整脈（　　）　☐ がん（　　）　☐ その他（　　）　（　　）

※ 女性のみ、お答えください

妊娠中ですか　☐ いいえ　☐ はい（　　）週目

授乳中ですか　☐ いいえ　☐ いいえ

★ 当クリニックをどのようにして、お知りになりましたか？

☐ インターネット　☐ 看板　☐ 紹介　☐ その他（　　）

ご記入ありがとうございました
いまふじ内科クリニック