

ID 問診票 令和 年 月 日

フリガナ	生年月日：大/昭/平/令 年 月 日 (歳)
お名前： 男 ・ 女	身長： cm 体重： kg
ご住所 〒 _____	
ご連絡先 ご自宅：	携帯電話：
緊急連絡先：ご本人以外の連絡が可能な電話番号	ご関係 ()

夏見台のすぎおかクリニックを受診されたことはありますか？ はい ・ いいえ

1. 本日はどうなさいましたか？お越しいただいた理由となる症状についてお伺いいたします。

どのような症状ですか？簡潔にご記入してください。 それはいつからですか？

《 _____ 》 (_____)
《 _____ 》 (_____)

本日の血圧 (血圧について診察希望の方のみ) →院内血圧計にて測定→数値票をこの問診票と一緒に受付に提出してください	本日の体温 (風邪症状の方のみ) _____ °C
---	------------------------------

2. その他、気になることや相談したい内容はございますか？

(_____)

下記質問にもお答えください。該当するものに○を囲み、必要に応じて記載をお願いいたします。

3. 現在、治療中もしくは経過観察中の病気はございますか？

なし・あり→心臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症・腎臓病・脳梗塞・肝炎・ガン・その他
(_____)

4. 現在、服用中のお薬はありますか？

なし・あり→お薬手帳ご持参 (有・無)

5. 今までに大きな病気、手術を受けたことはありますか？

なし・あり→ (手術名： _____ 手術日： _____)

6. 今までに薬や食品でアレルギー症状 (発疹・不快感・ショック症状等) を起こした事がありますか？

なし・あり→ (薬剤名もしくは食品名： _____ 症状： _____)

7. 喫煙歴についてお答えください。

喫煙歴なし ・ 以前喫煙していた (1日 本・ 年間) ・ 現在喫煙中 (1日 本・ 年間)

8. 女性の方のみお伺いいたします。

妊娠中である ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中である

9. よろしければ、今回当院にご来院いただいたきっかけをお聞かせください。

インターネット・ホームページ・広告・チラシ・看板・家や職場が近い・TV・雑誌・本・知人紹介・その他

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付にご提出くださいませ。 (_____)