

問診票 テラス内科クリニック

受診日 _____年____月____日

診療の参考にさせていただきますので、下記項目についてお答え下さい。(該当する項目に✓)

フリガナ _____

氏名 _____ (男・女) 大・昭・平 _____年____月____日生____歳

住所〒 _____ - _____

電話(自宅・携帯) _____ 職業 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ (右・左)

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

2. 今までにかかった病気、または入院や手術の経験がありますか。

輸血を受けたことがありますか ない ある

3. 今までに薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか。

ない ある (具体的な名前と症状 _____)

花粉症 ない ある 不明

4. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか。

緑内障 ない ある 不明

5. 喫煙しますか。 現在も喫煙している 以前喫煙していた いままで喫煙したことがない

1日の喫煙数 _____本/日 喫煙をはじめた年齢 _____歳 やめた年齢 _____歳

6. 飲酒はしますか。

いいえ はい はいの場合何をどれくらい飲むか具体的に記入して下さい

(例: 日本酒を1~2合×週2~3回: _____)

7. ご家族に、病気のかたがいらっしゃいますか。

いらっしゃる場合は、病名に✓, () 内に続柄を記入して下さい。

高血圧 () 心臓病 () 糖尿病 () 脳梗塞 ()

癌 () 肝臓病 () その他(病名 _____)()

8. 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠の可能性は ない ある 現在授乳中ですか いいえ はい

9. 当院をどのように知りましたか

医療機関からの紹介 家族・知人の紹介 インターネット 雑誌・新聞等

自宅の近く 職場の近く 専門医がいるから その他 (_____)

ご協力ありがとうございました。