

問 診 表

茅場町パークサイドクリニック

ID _____ 体温(_____ ℃) (受診日) 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ _____ 会社名 _____

お名前 _____ (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 才)

ご住所 〒(_____)

_____ 都・県 _____ 区・市

自宅電話(_____) 携帯(_____)

日中連絡先(_____) 緊急連絡先(_____)

受診希望科：(内科・皮膚科(外用・内服薬等の処方のみ対応))

() 初めてかかる () 以前にかかったことがある

1. いつから、どのような症状ですか？

(いつから・・・) _____)

(どのような・・・) _____)

2. 今回の症状についてどこかで治療や投薬を受けたことがありますか？

ない・ある 病院名(_____)

薬名(_____)

3. 他の病気で現在、受けている治療やお薬があれば教えて下さい

ない・ある(病名 _____)病院名(_____)薬名(_____)

お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

4. 今までにかかった病気や手術は、ありますか？

ない・ある(高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・脳梗塞・ガソ・喘息・アトピー・花粉症・アレルギー性鼻炎)

その他 ない・ある (_____)

手術歴 ない・ある 手術した病名(_____) (_____)歳 手術した病院(_____)

入院歴 ない・ある 入院した病名(_____) (_____)歳 入院した病院(_____)

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

ない・ある(薬 _____)症状(_____)

ない・ある(食物 _____)症状(_____)

6. タバコは吸いますか？：吸わない・吸う(1日 _____ 本 _____ 年間)

7. お酒は飲みますか？：飲まない・飲む：毎日・週(_____)回・機会飲酒(種類： _____)

8. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中又は、妊娠の可能性は、ありますか？ (いいえ・はい) 最終月経(_____ 月 _____ 日頃～)

授乳中ですか？ (いいえ・はい)

9. どちらで、当クリニックをお知りになりましたか？

紹介(_____ 様)・ホームページ・看板・通りがかり・その他(_____)

御協力ありがとうございました。

※当院では個人情報をお患者さんへの医療サービス提供等を目的としてのみ利用させていただいております。