

問 診 票

水口内科クリニック ver1.0

フリガナ お名前	(男・女)				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	生まれ (満 歳)
自宅住所	〒 -				
自宅電話番号			携帯電話	①	
FAX				②	
ご職業			身長	cm	体重 kg

1. どうされましたか？
2. それはいつ頃からですか？
3. 現在、発熱や倦怠感などの全身症状はありますか？ はい・いいえ
4. 最近、体重の変動はありますか？ はい・いいえ
5. 食欲はありますか？ 不良・普通・良好
6. よく眠れますか？ 不良・普通・良好
7. 便秘または下痢などの症状はありますか？ 便秘・下痢・なし
8. タバコを吸いますか？ はい・いいえ
9. はいの場合一日何本くらいですか？ 本
10. 以前吸っていた方はいつ禁煙しましたか？ 才
11. アルコールを飲みますか？ はい・いいえ
12. はいの場合どの程度飲みますか？
13. 以下の病気がありましたら患った時期もあわせてご記入ください。
 高血圧症 (歳頃) 糖尿病 (歳頃) 高脂血症 (歳頃)
 その他 ()
14. 最近、胸痛や息切れ、めまいを経験した事がありますか？ はい・いいえ
15. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ はい・いいえ
16. はいの場合、具体的にお答えください。
17. 過去に大きな病気やけがをされましたか？ はい・いいえ
18. はいの場合、具体的にお答えください。
19. これまでに手術を受けた事がありますか？ はい・いいえ
20. はいの場合、具体的にお答えください。
21. ご家族に突然死された方や心筋梗塞、脳梗塞の方はいますか？ はい・いいえ
22. それはどなたですか
23. 女性の方へ・妊娠していますか、またはその可能性がありますか？ はい・いいえ
(妊娠 週)
24. 授乳していますか？ はい・いいえ
25. お名前をお呼びしてよろしいでしょうか？ いいえ・はい