

【 問診表 I 】

平成 年 月 日

ふりがな
お名前:

性別 男性 ・ 女性

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

(〒)

ご住所: 市 区

(棟・マンション名)

お電話番号: 携帯電話 (— —)
自宅 (— —)

1) いつ頃から、どんな症状がありましたか？

2) お薬や食品でアレルギーがありますか？ (ある ・ ない)

ある方は具体的に記入してください ()
嗜好品 たばこ (本/日) アルコール (種類) (量)

3) これまで病気にかかったことがありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 悪性疾患 ・ その他)
手術を受けた()

4) 現在、通院中の医院・病院はありますか？ (ある ・ ない)

ある方は、医院名と服薬中のお薬を記入してください
(医院名) (お薬の名前)

5) ご家族で、下記の病気にかかれた方はおられますか

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 悪性疾患 ・ その他)

6) 下記の項目で、当てはまるものに○をお付け下さい

1.食欲 良好・普通・低下 2.便秘 普通・便秘・下痢 3.妊娠中(ヶ月)・授乳中

7) 「便秘・下痢」に○を付けた方にお尋ねします。

・痛み (ある ・ ない) ・出血 (ある ・ ない)

8) お薬についてお伺いします。ジェネリック(後発薬品)の処方を希望されますか？

希望する ・ 希望しない ・ 試してみたい

☆簡単なアンケートです。ご協力をお願い致します。

・当院をどのようにお知りになりましたか？
新聞紙 ・ インターネット ・ ご紹介(様) ・ 駅頭の広告 ・ その他()

※クリニック記入欄 KT() BP() 身長() BW()
ID No. 入力 未・済 スキャン 未・済

