

# 問診表 (初診時)

受付日 年 月 日

適切な医療のための大切な情報です。ご記入お願いします。

すがの内科クリニック

フリガナ			
氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日 歳
住所			電話 自宅 携帯
勤務先			電話
身長 _____ c m		体重 _____ k g	来院時の体温 _____ 度

1) 今日はどうされましたか。簡単にお書きください。

いつから：

症状、他：

2) 今までに大きな怪我・病気・手術があれば下記の○、及びご記入下さい。

喘息 アレルギー(アトピー性皮膚炎 鼻炎 花粉症) 糖尿病 肝臓病 ( )  
 高脂血症(高コレステロール 中性脂肪 ) 心臓病 ( ) 高血圧 脳梗塞 脳出血  
 癌 ( ) 腎臓病 甲状腺 その他 ( )

3) 輸血の経験がありますか。 はい いいえ

4) 今治療中のご病気はありますか。 ( )

5) 常用している薬があればお書き下さい。

例：〇〇〇病院で血圧の薬(わかれば薬の名前と使用量)

6) 飲み薬や注射で、発疹が出たり、気分が悪くなった事がありますか。 ある ない  
 ある方のみお書き下さい。 それは何ですか。

( )

(お薬手帳や薬の名前をかいたものがあればご提示お願いします)

7) 食べ物のアレルギーはありますか。

ある ない(食べ物の名前： )

7) 血縁の方にどなたか下記のご病気の方はいらっしゃいますか。 いる ない

高血圧 ・ 心臓病( ) ・ 糖尿病 ・ 脳疾患( )  
 癌 ( ) ・ 肝臓病 ( )

それはどなたですか。 ( )

7) 女性の方にお尋ねします。

現在妊娠中の可能性がありますか。 はい いいえ

現在授乳中ですか。 はい いいえ

8) 酒を飲みますか。 飲まない・ 飲む 過去には飲んでいた

種類 ( ) ・ 1回 ( ) 杯  
 毎日 ・ 時々(機会飲酒) その他 ( )

タバコを吸いますか。 吸わない ・ 吸う ・ 過去に吸っていた

1日 本 ・ 約 年間

9) 最近体重の変動はありましたか ない

ある ( ) 日・月・年 で ( ) k g 増加 ・ 減少

今まで最も体重が多かったのは何歳頃、何 k g でしたか。 ( ) 歳 ( ) k g

20歳頃の体重は何 k g でしたか。 ( ) k g