

問 診 表

おなかの富士見台クリニック

(受診日) 令和 年 月 日

お名前	ふりがな	生 年 月 日
		大正 昭和 年 月 日 平成 令和
ご住所	〒	TEL (自宅) (携帯電話)
年齢・性別	(年齢) 歳 (性別) 男性・女性	

体温 _____ °C、身長 _____ cm、体重 _____ kg

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？

- ・いつ頃から . . . 年 月 日 から
- ・症状 . . .

2. その症状について他の病院を受診されましたか？

なし・あり 病院名() 治療()

3. 今まで大きな病気をしたことがありますか？

なし・あり (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。)

「あり」の方、今までかかった病気があれば○で囲んでください。

() には、現在の内服薬をお書きください。

- 高血圧 () 歳 () 糖尿病 () 歳 ()
- 心臓病 () 歳 () 腎臓病 () 歳 ()
- がん () 歳 () 脳梗塞 () 歳 ()
- 胃潰瘍 () 歳 () 喘息 () 歳 ()
- その他 () 歳 ()

4. 今までに病気に対して手術を受けたことはありますか？

手術歴 なし・あり 手術した病名()()歳 手術した病院()
手術した病名()()歳 手術した病院()

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？

なし・あり (薬: 食品:) 症状()

6. たばこ 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: 本/日(期間) 歳 ~ 歳

7. お酒 飲まない・飲む: 機会飲酒・週()回・毎日 種類() 一日量()

8. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中又は、妊娠の可能性: なし・あり 授乳中: はい・いいえ

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

ご家族で当院の診察をうけたことがありますか? (はい・いいえ)

※はいの方に伺います→ 患者様名() 続柄()