

〒 _____
TEL _____

はなみずき通りクリニック

問 診 票

____年____月____日 氏名_____

診断や治療の為に役立てますのでご記入下さい。

1. 今日来院された訳をお知らせ下さい。
(主な症状やご希望の検査などをお書き下さい。)
2. 現在、他の医療機関で治療や管理を受けている病気等がありますか？
① いいえ ② はい (あれば、病名などをお書き下さい。)
3. 注射や内服薬などによって、発疹やショックなどを起こした事がありますか？
① いいえ ② はい (あれば薬剤名などをお書き下さい。)
4. これまでに病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？
① いいえ ② はい (あれば主なものをお書き下さい。)
5. 最近の体調、嗜好品についてお答え下さい。
① 食欲： 良好 普通 不良
 便秘： 毎日 便秘の傾向 下痢
 睡眠： 良好 普通 不良
 体重： 変化なし 減少 増加
 月経： 規則的 不規則的 閉経 妊娠中
 最近の月経は____月____日頃から____月____日頃
② アルコール： 飲まない 時々飲む 毎日飲む (種類 量)
 煙草： 吸わない 1日11本以内 1日11~20本 1日20本以上
6. 当院を何によって知りましたか？
① 人から聞いた (内容は?)
② 前を通りかかった ③ 看板 ④ 電話帳 ⑤ 家に近い
⑥ その他