

問 診 票

ID

大崎クリニック

平成 年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 男・女 年齢 _____ 生年月日 大・昭・平 年 月 日

ご住所 〒 _____ TEL _____

ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 今朝の体温 _____ °C

◆本日はどうなさいましたか？（該当する番号に○をつけてください。）

1. 具合が悪い（ _____ 月 _____ 日ごろから）

それはどういった症状ですか？

発熱（ _____ 度）、咳、空咳、痰（白色・黄色・緑色・血性）、喘鳴（ゼーゼー）、
息切れ（安静時・労作時）、胸痛（安静時・労作時・深呼吸時）、喉の痛み、胸焼け、
鼻炎症状（くしゃみ、鼻水、鼻づまり）、下痢、吐き気、胃痛、腹痛、頭痛、

その他（ _____ ）

2. 健診結果から精密検査希望

3. 禁煙外来

4. 健康診断

◆希望をお聞かせください。（ 詳しい検査をしてほしい ・ 先生と相談 ・ 診察のみでよい ）

◆現在、治療を受けている病気はありますか？ （ ある ・ ない ）

治療を受けている方は病名を教えてください。（ _____ ）

現在、内服している薬がある方はお書きください。（ _____ ）

◆過去にかかった病気を教えてください。（ _____ ）

◆喫煙歴を教えてください。（ 吸っている ・ 以前吸っていた ・ 吸ったことがない ）

吸ったことがある方は下記の質問にお答えください。

1. いつから吸っていますか？ （ _____ 歳から）

2. 何年間吸っていますか？（過去の方も） （ _____ 年間）

3. 1日当たり何本吸っていますか？ （ _____ 本）

◆飲酒歴を教えてください。お酒の種類 _____ （ 毎日飲む ・ たまに ・ 飲まない ）

◆これまでに薬や食べ物でアレルギー反応が出たことがありますか？

（ ない ・ ある ） （薬品名・食品名 _____ ）

◆女性の方のみお答えください。

現在妊娠の可能性ありますか？（ はい ・ いいえ ）

☆ 当医院を何でお知りになりましたか？（ _____ ）