

きたじま内科・脳神経クリニック 問診票

来院日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大・昭・平・西暦 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号	(急遽ご連絡が必要な場合もありますので、必ずご記入ください) 自宅： () 携帯： - -		

●わかる範囲でけっこうですので、お手数ですが該当する項目に✓チェック、ご記入をお願いいたします。

本日、診てもらいたい症状やご相談内容をお書きください。(例「2,3日前からめまいがする」「昨夜から熱がある」等)

身長と体重を教えてください。	身長 . cm	体重 . kg
現在、治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪 <input type="checkbox"/> 尿酸 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他() 通院中の病院名()	
現在、飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	薬の名前 (たくさんある方はお薬手帳などを問診票と一緒にお願いします)	
過去にかかった大きな病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名	
血縁家族の既往症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	血縁者と病名 (例:高血圧(父)・がん(兄))	
薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	該当する薬や食べ物の名前	
喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1日 本) <input type="checkbox"/> 禁煙した(年前)		
飲酒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(週 日 種類・量) <input type="checkbox"/> やめた(年前)		
(女性の方へ) 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(カ月)	授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
来院のきっかけ <input type="checkbox"/> 近隣・知人の紹介 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> リーフレット・チラシ <input type="checkbox"/> 他医療機関()からの紹介 <input type="checkbox"/> その他()		

*ご協力ありがとうございました。