

なかたクリニック 診療申込書・問診票

診療の参考にするため次の質問にお答えください。（記載内容は診療目的以外に使用しません。）

受診日 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日（ _____ 才）

住所 〒 _____

TEL _____ 携帯 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 右 ・ 左 _____

◇体温（ _____ ）℃ ※熱がありそうな方は測定してください。

◇本日受診することになった主な症状を教えてください。

いつから（ _____ ）部位（ _____ ）症状（ _____ ）

◇風邪症状がありますか？ ある ない

咳（ _____ ）鼻水（ _____ ）咽頭痛（ _____ ）頭痛（ _____ ）関節痛（ _____ ）倦怠感（ _____ ）味がない（ _____ ）においがない（ _____ ）

下痢（ _____ ）腹痛（ _____ ）

◇今まで、または現在、次の病気にかかったことがありますか？ あり ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ ぜんそく ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 肝臓病 ・ 狭心症 / 心筋梗塞

脳卒中（脳梗塞・脳出血など） ・ 腎臓病 ・ うつ病 ・ その他（ _____ ）

◇現在、内服中のお薬はありますか？

（ _____ ）

◇これまでに薬（麻薬薬・注射）、食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？

あり（ _____ ） ない わからない

◇今までに手術を受けたことがありますか？ あり ない

病名（ _____ ）手術の内容（ _____ ）

◇女性の方にお聞きします。現在、妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ 授乳中 わからない

◇飲酒・喫煙をされている方にお聞きします。

◎タバコ 1日 _____ 本 喫煙歴 あり ない

◎アルコール（ビール・日本酒・焼酎・ウィスキー） 1日 _____ （本・合・杯）