

なかたクリニック 診療申込書・問診票 (記載内容は診療目的以外に使用しません。)

受診日 年 月 日 <sup>フリガナ</sup>氏名 男・女 職業 ( )  
生年月日 年 月 日 ( ) 才 身長 cm 体重 kg  
携帯 - - (本人・その他 )

住所 〒 同居の家族構成 ( )

◇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 ( 月 日) 部位 ( ) 症状 ( )

◇風邪症状がありますか? ある ない ◇体温 ( )℃

せき ( ), 鼻水 ( ), のどの痛み ( ), 頭痛 ( ), 関節の痛み ( ), だるさ ( )  
味がない ( ), においがいい ( ), 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? ある ない

高血圧 ・ 高脂血症 ・ ぜんそく ・ 糖尿病 ・ 痛風 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ うつ病

狭心症 / 心筋梗塞 ・ 脳卒中 (脳梗塞・脳出血など) ・ その他 ( )

◇現在、内服中のお薬はありますか? ( )

◇これまでに薬 (内服薬・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

◇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 ( )

◇女性の方へ 現在、妊娠していますか? はい いいえ 授乳中 わからない

◇飲酒・喫煙をされている方へ ◎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)

◇特定健診を受けましたか? 受けた 年 月 ・ 受けていない

★当院はマイナンバーにより診療情報を取得・活用し、質の高い医療提供に努めています。