

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 ^{フリガナ}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。