角中クリニック

年　月　日

問　診　表

ふりがな：
名　　前：　　男・女　体重：　　kg　身長：　　cm
生年月日：M／T／S／H／R　　年　月　日　年齢：　歳
住　　所：〒
電話番号：（　　）　　携帯番号：（　　）

1. 本日はどのような症状で受診なさいましたか？ ○をつけて下さい。

   発熱(　　℃)　咳　鼻水　痰　のどの痛み　頭痛　倦怠感　息苦しい

   腹痛　下痢　便秘　嘔吐　吐き気　食欲低下　体重減少　背中の痛み

   胸が痛い　動悸　血圧が高い　めまい　しびれ　ふらつき　しゃべりにくい

   尿に関し(頻尿　出にくい　にごり　赤い　排尿時痛　他)

   皮膚に関し(かゆい　痛い　水疱　他　：部位は？　　)

   その他(　　)

2. その症状はいつからですか？

   年　月　日　時ごろ

3. これまでにかかった大きな病気を教えてください。

   (　歳:　)　(　歳:　)

   (　歳:　)　(　歳:　)

4. 喘息はありますか？(　はい　・　いいえ　)

5. 薬のアレルギーはありますか？(　はい　:　・　いいえ　)

6. タバコは吸いますか？(　はい　:1日　本、　歳から　年間　・　いいえ　)

7. お酒は飲みますか？(　はい　:毎日飲む／時々飲む　・　いいえ)

8. ご家族の中にご病気の方はいますか？

   高血圧　糖尿病　心臓病　脳卒中　肝臓病　腎臓病　悪性腫瘍　その他

9. 現在、内服しているお薬はありますか？

   (はい：　　・　いいえ)

10. 女性の方にお聞きします。

    妊娠していますか？(　はい　・　いいえ　)

    最終月経はいつですか？(　月　日ごろ)

    閉経はいつ頃ですか？(　歳ごろ)