

高松メディカルクリニック問診票

氏名: _____

以下の質問の該当する にレ(チェック)を記入したり、直接回答を記載して下さい。話しにくいことは、診察室で直接医師にお話下さい。

1、今日はどのような理由で来院されましたか？ 一番困っている事()
いつから、どのような症状があるかご記載して下さい。

2、現在、他の病院に通院していますか？ いいえ はい 病名と医療機関名をお書き下さい。
の病気で 病医院
の病気で 病医院

3、現在、他の病院から薬を処方されていますか？ いいえ はい
お薬手帳や薬の説明書があれば、受付にご提示下さい。なければ薬剤名をお書き下さい。

4、女性の方に伺います。
現在妊娠されていますか？ いいえ はい 現在授乳中ですか？ いいえ はい

以下の項目は以前当院を受診した際、すでに書かれた方は記載する必要はありません。変更のあった場合のみご記入ください。

5、特記するような病気を患ったことはありますか？ ない ある(ある場合は下記して下さい)
歳 の病気 歳 の病気
歳 の病気 歳 の病気

6、手術を受けたことがありますか？ ない ある 手術 歳
手術 歳 手術 歳

7、輸血を受けたことがありますか？ ない 不明 ある(いつ頃ですか？ 年)

8、以下のような感染症をお持ちですか？ B型肝炎 C型肝炎 HIV

9、利き腕は 右、左 身長は()cm 体重は()キロ
今迄の最高体重は()キロ 歳 20歳の時の体重は()キロ

10、タバコは？ 吸ったことはない 吸う 禁煙した(歳) 今迄(約 本/日 × 年)

11、お酒は？ のまない 付き合い程度 定期的に飲む
(種類: 量: ×週: 日)

12、職業は？ 無職 家事 働いている()

13、血の繋がった家族、親族で次の病気の方はいますか？ ()の中に血縁関係を書いて下さい。
癌() 脳卒中() 狭心症や心筋梗塞()
高血圧() 糖尿病() 高脂血症()

14、薬を使用して副作用が出たことがありますか？ ない ある()

15、食物アレルギーはありますか？ ない ある()

当院はジェネリック(後発)医薬品の処方も行っています。薬代を安く抑えたい方はご相談下さい。
当院では、節約のため裏紙を再利用する場合があります。ご容赦下さい。