

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？ ①一番困っている事()
②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。
① _____ の病気で _____ 病医院
② _____ 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。
① _____ ② _____ ③ _____
④ _____ ⑤ _____ ⑥ _____

4、女性の方に伺います。

①現在妊娠されていますか？ □いいえ □はい ②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)
① _____ 歳 _____ の病気 ② _____ 歳 _____ の病気
③ _____ 歳 _____ の病気 ④ _____ 歳 _____ の病気

6、手術を受けたことがありますか？ □ない □ある ① _____ 手術 _____ 歳
② _____ 手術 _____ 歳 ③ _____ 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、①利き腕は□右、□左 ②身長は(_____)cm ③体重は(_____)キロ
④今迄の最高体重は(_____ キロ _____ 歳) ⑤20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、血のつながった家族、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。
①癌(_____) ②脳卒中(_____) ③狭心症や心筋梗塞(_____)
④高血圧(_____) ⑤糖尿病(_____) ⑥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。