

お名前 () 男・女 年齢 () 歳 身長 () cm 体重 () kg

1. 本日、受診を希望される理由についてお聞かせください。

1) どんな症状がありますか。

2) それはいつ頃からみられますか。()

2. これまでにかかった主な病気や手術についてお聞かせください。

| 【今までかかった病気】 | 【手術の有無】 | 【時期もしくは年齢】 |
|-------------|-----------|-------------|
| 例 (糖尿病) | (あり・なし) | (40歳頃 から) |
| () | (あり・なし) | () |
| () | (あり・なし) | () |
| () | (あり・なし) | () |

3. これまでにお薬や食べ物などで、アレルギーや強い副作用がみられたことがありますか。

- ない
 ある→薬・食物の名前：() () ()

4. 現在服用されているお薬やサプリメントはありますか。

- ない
 ある→服用している薬・サプリメントの名前がわかれば記載してください。
 () () () () ()
 お薬手帳がある場合記入不要です。この問診票と合わせて提出してください。

5. アルコール消毒や絆創膏でかぶれませんか？

- ない
 ある→ アルコール消毒 絆創膏・テープ類 その他 ()

6. 嗜好（しこう）についてお聞かせください。

- 1) お酒： 飲まない 飲む→週に () 回程度、酒量 ()
 2) たばこ： 吸わない 吸う→どの程度 (1日 本)
 以前吸っていた→どの程度 (1日 本： 歳から 歳まで)

7. 女性の方にお聞きします。

- ・妊娠、授乳中ですか。
 なし 妊娠している可能性がある 妊娠中 (第 週) 授乳中
- ・月経についてお聞かせください。
 最終月経 (西暦 年 月 日から 日間) () 歳で閉経

8. ご希望の治療をお聞かせください。

- 総合的なアプローチでサポートを受けられる自費診療を希望
 自費診療を含む最善の治療を希望 保険診療適用内の治療を希望

【お願い】

尿検査が必要な場合がございますので、トイレに行く際はスタッフにお声かけください。
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
 *****ご記入ありがとうございました。*****

※クリニック記入欄

| | | | | | | | | |
|----|--|---|----|--|---|----|--|----|
| 体温 | | ℃ | 血圧 | | / | 脈拍 | | /分 |
|----|--|---|----|--|---|----|--|----|