

問 診 票

のばら内科クリニック

カルテNO.
日 付

お名前	フリガナ	男 ・ 女 ・ その他	生年月日	大・昭・平・令
				年 月 日 (西暦 年) (才)
住 所	〒			
電 話	自宅・携帯 ()			
以前当院にかかれた事がありますか？ 無 ・ 有 かかれたのは(年 月頃)				

1. 今日どのような症状で受診されましたか？

その症状はいつ頃からですか？

2. アレルギーについて『はい』の方はアレルギー反応の出る名前をお書きください

薬のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

その他のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

(花粉やハウスダストなど)

3. 今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい)

高血圧 糖尿病 心疾患 肝臓病 腎臓病 喘息 脳卒中 肺炎

がん 精神疾患 胃腸の病気

その他 ()

4. 両親、兄弟、子ども、祖父母の中で下記の病気の方はいますか？

高血圧 糖尿病 脂質異常症 がん 脳卒中 心筋梗塞

5. たばこは吸いますか？

吸わない 吸う(1日 本) 過去に吸っていた(才から 才まで、1日 本)

6. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む

『飲む』方 … [1回量] 1合以下 2~3合 4合以上

[頻度] ほぼ毎日 週2~3回 月に数回 それ以下

7. 女性の方にうかがいます

現在 妊娠していますか？ いいえ・はい(週目)

現在 授乳中ですか？ いいえ・はい

8. 当医院をどのようにお知りになりましたか？ [複数解答可]

栗原医院がかかりつけ インターネット チラシ 表の看板 知り合いから

家族から 自宅が近い 他医院から()

その他()