

# 問 診 票

カルテNO.  
日 付

のぼら内科クリニック

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はありますか？ 無 ・ 有 かかれたのは( 年 月頃)				

1. 今日は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. 今、薬を服用していますか？『はい』の方は薬品名を教えてください。

いいえ・はい ( 薬品名 )

5. 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

6. 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)

7. 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

8. 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

9. 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( )