

# 梅屋敷さわもとクリニック問診票

年 月 日

フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
住所	電話番号
	携帯番号

1. 今日はどうされましたか？来院された目的や症状をわかる範囲で記載してください。

2. 今までに大きな病気をされたことがありますか？

( 歳 の時に ) にかかった)

3. ご家族についてお伺いいたします。

ご家族の中で、糖尿病、高血圧、高脂血症の方がいらっしゃいますか？

( ) が 糖尿病  
高血圧 でかかっている。  
高脂血症

4. 現在、他の病院に通院中の方は記載してください。

5. 生活状況について

お酒は飲みますか？

飲まない

飲む 毎日、( ) 日おきに、時々( ) を飲む

タバコは？

吸わない、 吸う(1日に 本くらい)

6. 食欲は、ある、ない

7. 食事は規則正しい、不規則

8. アレルギーについて

今までに、お薬や食べ物で発疹が出たり、体がかゆくなったり、呼吸が苦しくなったことがありますか？

( ) で [ ] の症状が出た

9. アレルギー疾患をお持ちですか？

花粉症、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹、その他

10. 妊娠している可能性はありますか？

あり、なし

11. 当院はどのようにして知りましたか？

1) インターネット(Google、Yahoo) 2) 知人の紹介 3) 医療機関からの紹介 4) 看板 5) その他

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。