**問　診　票**

記入日　令和4年2月22日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 大正・昭和・平成・令和　　　年　　月　　日（　　　）歳 |
| 住　所 | 〒　　　－ |
| 自　　宅（　　　）－　　　－携帯番号（　　　）－　　　－ | 身　長 | 体　重 |
| ｃｍ | ｋｇ |

1. いつからどのような症状でお困りですか。

いつから（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

症 　 状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 今までにかかったことのある病気はありますか。

[ ] ない　　　[ ] ある（下記に[x] をつけてください。）

　　　　　[ ] 高血圧　[ ] 高脂血症　[ ] 糖尿病　[ ] 心筋梗塞　[ ] 狭心症　　[ ] 不整脈

　　　　　[ ] 肝臓病　[ ] 腎臓病　　[ ] 脳梗塞　[ ] 脳出血　[ ] 気管支喘息　[ ] 緑内障

　　　　　[ ] 前立腺肥大　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　）

1. 手術をうけたことはありますか。

[ ] ない　　　[ ] ある（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 定期通院中の医院・病院はありますか。

[ ] ない　　　[ ] ある（病院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 薬や食物のアレルギーはありますか。

[ ] ない 　 　[ ] ある（アレルギー名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. お薬手帳はお持ちですか。

[ ] ない 　 　[ ] ある　＊ある場合は窓口へご提示お願いします。

1. たばこは吸いますか。

[ ] 吸わない　[ ] 禁煙した（　　）才　　[ ] 喫煙中（　　　才頃から　　　本／日）

1. 女性の方であてはまる項目があれば教えて下さい。

[ ] 妊娠中　　[ ] 授乳中　　　　[ ] 生理中

９.当院をどのように知りましたか。

　 [ ] 近所　　[ ] 知人の紹介　　[ ] 他院より紹介　　[ ] ホームページ　　[ ] 看板・広告

　 [ ] 口コミ　[ ] その他

事前にご記入し、プリントしてクリニックの受付に提出して下さい。

ご協力ありがとうございました。