

新宿新南口クリニック 問診票

ご記入日： 平成 年 月 日

- 可能な範囲でお答えください。
- 受付にて「記入済みです」とお伝えください。
- ご記入いただいた情報は診察目的にのみ使用し、他の目的には一切使用いたしません。

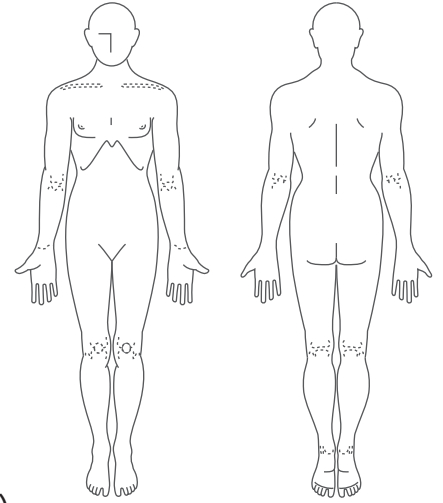
フリガナ 氏名	性別 男・女	身長 cm 体重 kg
住所 〒 -	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 ()才	
E-mail	お電話 ()	
受診する診療科 内科・皮膚科・外科	ご職業	当クリニックをお知りになったきっかけ 看板・ホームページ・知人からの紹介・その他

1. 症状についてお教えてください。

■どのような症状で受診されますか？

(可能であれば症状のある身体の部分に○をつけてください)

症状(具体的に):



■その症状はいつ頃からありますか？

いつから ()

■発熱はありますか？

ない ・ ある (°C)

2. 現在または過去に次の病気にかかった事があれば○で囲んでください。

また、それ以外にこれまで治療を受けた病気や、入院・手術のご経験がある方はご記入ください。

ない ・ ある [がん・脳卒中・脳梗塞・不整脈・高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・喘息
腎臓病・肝臓病・胃腸の病気・肺や気管支の病気・眼の病気・足腰の病気]

その他の病気 ()

病名・治療 () 時期 年 月頃

病名・治療 () 時期 年 月頃

3. 現在、服用しているお薬はありますか？

ない ・ ある 薬の名前 ()

4. 今までに、薬や食べ物などで身体がかゆくなったり、気分が悪くなった事がありますか？

ない ・ ある (わかれば具体的に:)

5. お酒は飲みますか？ やめた場合はやめた時期もお書きください。

いいえ (やめた時期:) ・ はい (時々・3~4日おき・1~2日おき・ほぼ毎日)

6. たばこを吸いますか？ やめた場合はやめた時期もお書きください。

いいえ (やめた時期:) ・ はい (本/日)

7. 女性の方にお尋ねします。

・妊娠されていますか？ いいえ ・ はい (カ月) ・ 可能性あり

・現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

8. 本日の診療に対して、何かご希望はございますか？

ない ・ 投薬 ・ 検査 ・ 注射 ・ 保険外診療 ・

その他