

< 問診表 >

春見あおいクリニック

体温 ( °C ) (受診日) 令和 年 月 日

ふりがな		住所	〒		
名前	男 女				
生年月日 年齢	(大・昭・平 年 月 日) 才				
体重 (12才以下)	k g	電話番号	( - - )		
		携帯電話	( - - )		

① 今日はどうな症状で受診されましたか。

症状 ( )  
いつから ( )

② その症状で、どこかで治療や薬などを受けたことはありますか。

はい ( ) いいえ

③ 現在までに病気や手術をしたことはありますか。

はい a.高血圧 b.糖尿病 c.心臓病 d.がん e.喘息  
f.じんましん疹などのアレルギー g.他 ( )  
h.手術 ( ) いいえ

④ 現在飲んでいる薬はありますか。

はい (薬品名: ) いいえ

⑤ 薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか。

はい (食物名/薬品名: ) いいえ

⑥ タバコは吸いますか。 はい (1日: 本 )

いいえ

⑦ 女性の方へ・妊娠中ですか。 はい (週数: 週 )

いいえ

・授乳中ですか。 はい ・ いいえ

—以下の検査や治療をご希望の方は○をつけて下さい。—

血液検査・尿検査・レントゲン・心電図・CT 検査  
胃カメラ検査・大腸カメラ検査・腹部エコー・禁煙外来

アンケートおねがいます。

- ・ 当院を知ったのは → 紹介 ( ) 様)・近所・看板・通りがかり・その他
- ・ ご家族で当院にかかれた方は (いる・いない) その方のお名前 続柄
- ・ 来院時の交通手段は→ 徒歩・自転車・車・公共交通機関・その他