

# 問 診 票

体温 ( ) 度

フリガナ 氏名	生年 月日		年 月 日	年齢	
電話	携帯			職業	
住所	〒			身長	c m
				体重	k g

① 今日はどうされましたか？  
 イ) それは、いつからですか？ ( )  
 ロ) 症状を具体的に

② 紹介状をお持ちですか？            イ) はい            ロ) いいえ

③ 現在何かの病気で治療中ですか？ (あてはまるものに○をして下さい)  
 心疾患、 高血圧、 糖尿病、 脳梗塞、 脳出血、 結核、 リウマチ、  
 痛風、 肝炎、 膵炎、 腎炎、 胆石、 尿管結石  
 その他 ( )

現在、薬を服用していますか？            イ) は い            ロ) いいえ  
 今日は、お薬手帳を持参していますか？    イ) は い            ロ) いいえ  
 血液をさらさらにする薬を飲んでいますか？    イ) は い            ロ) いいえ

④ 今までに大きな病気で治療したことがありますか？

⑤ 過去1年以内に下記の検査を受けましたか？  
 胸レントゲン、 心電図、 胃レントゲン、 胃カメラ、 超音波、  
 CT、 MRI、 大腸検査  
 その他 ( )

⑥ 今までに薬や注射や食べ物でじんま疹がでたことがありますか？  
 イ) は い            ( )  
 ロ) いいえ

⑦ 現在妊娠はしていますか？  
 イ) は い    (        週)            ロ) いいえ

⑧ 嗜好物    酒        合/日、    ビール        本/日、    たばこ        本/日

⑨ 過去1年以内に外国へ行かれたか？  
 イ) は い    (国名:            )        年        月        日頃  
 ロ) いいえ

北村内科クリニック