

ご来院前にこの問診表をプリントアウトしご記入、提出して頂くと、来院後のお手間が省けます。どうぞご利用下さい。

北山田クリニック 問診表

下記の質問にお答えください。

ご記入日 年 月 日

ふりがな			男 女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
お名前								(歳)
ご住所	〒				お電話番号()			

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

(いつ頃から) (現在の熱 °C) (お子様の体重 Kg)

2. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい。また、それはいつ頃(または年齢)ですか？

いつ頃	いつ頃	いつ頃
高血圧 ()	糖尿病 ()	胃潰瘍 ()
心臓病 ()	肝臓病 ()	脂質異常 ()
腎臓病 ()	喘息 ()	緑内障 ()
その他 病名() いつ頃()		

3. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

(はい・いいえ)
『はい』の方でわかれば薬・食べ物の名前をご記入下さい。
()

4. 現在飲まれているお薬はありますか？

(ある・ない)
『ある』の方はお薬の名前をご記入下さい。
()

5. おタバコは吸われますか？ はい (1日 本 年間) ・ いいえ

6. お酒は召し上がりますか？ はい (1日 本・合・杯) ・ いいえ

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

8. 保険証のコピーをさせていただいてもよろしいですか？

(はい・いいえ)

9. ご要望などございましたらご記入下さい。

()

ご協力ありがとうございました。