

樹のはなクリニック問診票

ID

※この問診票に記載していただく事柄は、患者さんの診療記録（カルテ）を作成するために使用します。

| | | | | | | |
|------|---|------|----------------|---|---|---|
| ふりがな | 男 | 初診日 | 年 | 月 | 日 | |
| お名前 | 女 | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |

〒 - -
ご住所

| | | |
|----------------------|-----------|--|
| お電話番号 (連絡がとれるところ) | ご自宅 : - - | ◎検査結果のお知らせなど連絡を差し上げる 場合がございます。ご了承頂けない方は、 ○で囲んで下さい。 了承しない |
| | 携帯番号: - - | |

本日の受診目的を下記より選び に をご記入ください。

- 内科の診療 禁煙外来 物忘れ外来 糖質制限
 自費診療 診断書 その他のご相談

1. 本日どのような症状でおかかりですか？

2. 通院中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____)

3. いつも内服している薬はありますか？

他の病院で処方された薬をご記入ください。

いいえ ・ はい (_____)

4. アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症なども含みます。)

いいえ ・ はい (どのようなアレルギーですか? _____)

5. 今までに大きな病気(怪我)にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい (病名: _____ いつ頃: _____)

6. 今までに輸血を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい (何年くらい前ですか? _____)

7. 実のご両親・ご兄弟で下記の病気にかかられた方はいますか？

いいえ ・ はい (高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・甲状腺・肺疾患・がん・脳疾患等)

8. たばこは吸いますか？(電子タバコ・加熱式タバコ含む)

吸わない ・ 吸う 1日 本 やめた ・ やめたい

9. 飲酒はしますか？

飲まない ・ 飲む (たまにお付き合いの程 ・ ほぼ毎日)

10. トイレの悩みはありますか？

ない ・ ある (頻尿・夜間数回トイレに行く・間に合わない・漏れあり・その他)

11. お薬は、後発医薬品(ジェネリック、値段の安い)を希望されますか？

希望する ・ 希望しない ・ どちらでも良い

12. 当てはまる方のみお答えください。(妊娠あり・授乳あり・妊娠の可能性あり)

13. 当クリニックを知ったきっかけをお教えてください。

看板 ・ ホームページ ・ 他院からの紹介 ・ お知り合いから紹介 ・ その他 (_____)