

踊場さかいだクリニック問診表

生年月日 S・H・R 年 月 日

フリガナ _____

◇ お名前： _____ 様 (_____ 歳)

◇ 電話： (_____) - _____ - _____

◇ 今回診察をご希望されることは何ですか？

(例：腰痛、膝痛、高血圧症)

.....

◇ それはいつ頃からですか？ (大体で結構です)

.....年月日 頃から

◇ 思い当たる原因はありますか？

ない ・ ある：

◇ ご職業は？：

なし ・ 主婦 ・ 座仕事 ・ 立ち仕事 ・ 重労働

◇ これまでにかかった大きな病気はありますか？

.....ない ・ ある (例；胃潰瘍、H 3 年頃、国際親善病院)

.....:年頃、

.....:年頃、

.....:年頃、

◇ 現在、治療中の病気はありますか？

.....ない ・ ある (例；高血圧症、R2 年頃～、横浜医療センター)

.....:年頃、

.....:年頃、

.....:年頃、

◇ アレルギーや以前に薬の副作用が出たことはありますか？

.....ない ・ ある：薬 ・ 食べ物：

◇ レントゲン写真が必要な場合、撮っても良いですか？よい ・ だめ

◇ カルテ作成の際、保険証のコピーをとっても良いですか？よい ・ だめ

クリニック記入欄

飲酒：なし・あり

ビール350mL x _____ 本

焼酎 _____ 杯 日本酒 _____ 合

ワイン _____ グラス

喫煙：なし・あり _____ 本

ex-smoker： _____ 歳まで

家族歴：

✚ 高血圧症

✚ 脂質異常症

✚ 糖尿病

✚ 脳血管障害

✚ 虚血性心疾患

✚ 痛風・高尿酸血症

✚ 関節リウマチ

ご家族：妻・夫・息子・娘・父・母・祖父母・独居