踊場さかいだクリニック問診表

生年月日　S・H・R　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

✧ **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

✧ **思いあたる原因はありますか？**

ない　・　ある：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

✧ **ご職業は？：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**

主婦・座仕事・立ち仕事・重労働・パート・なし

✧ **これまでに受けた手術や、大きな病気はありますか？**

ない　・　ある（例；胃潰瘍、Ｈ３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～、〇〇クリニック）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿：＿＿＿＿＿＿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

当院では、正確な医療情報取得・活用のためマイナ保険証が利用できます。

クリニック記入欄

飲酒：なし・あり

ﾋﾞｰﾙ 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
- 脳梗塞・脳出血
- 狭心症・心筋梗塞
- 痛風・高尿酸血症
- 関節リウマチ
- 大腿骨頚部骨折手術

ご家族：（義）父 母・祖父母

妻・夫・息子・娘・孫・独居