

踊場さかいだクリニック問診表

作成日

カルテ番号 _____

刀カナ
 ☆ お名前： _____ 様 _____ 歳
 生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日
 電話・携帯番号 _____
 住所：〒 _____ - _____
 横浜市 _____

飲酒：なし・あり

ヒール 350mL x 本

焼酎 杯 日本酒 合

ワイン・ウイスキー グラス

喫煙：なし・あり 本

ex-smoker: 歳まで

家族歴：

 高血压症

 脂質異常症

 糖尿病

✚ 脑梗塞·脑出血

✚ 狭心症・心筋梗塞

 痛風・高尿酸血症

関節リウマチ

✚ 大腿骨頸部骨折

 脊柱側弯症

ご家族：（義）父 母・祖父母

妻·夫·息子·娘·孫·独居

✧ 今回診察をご希望されることは何ですか？

例：腰痛、膝痛、高血压症

1 _____ 2 _____ 3 _____

✧ それはいつ頃からですか？（大体で結構です）

1 2 3

✧ 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・なし

◇ 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:脳梗塞、R3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；脊柱管狭窄症、R2 年頃～、横浜医療センター)

： 年頃、

年頃、

年頃、

✓ 今までに、薬の副作用が出たことはありますか？

ない・ある 具体的な薬品名：

✓ 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・ため

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。