あさひ台クリニック　　問診票　　【成人】

☆診察がスムーズに行えるようにご記入いただくものです。ご無理のない範囲でお書きください。　　年　　月　　日

☆再診の方は個人情報の部分は変更がなければ□枠内のみで結構です。問診の部分をご記入ください。

ふりがな		生年月日	年齢
受診者氏名	男 ・ 女	(M・T・S・H) 年　月　日生	歳
住所	〒		身長　cm 体重　kg
電話番号	自宅（　　）-　　-　　携帯　　-　　-		現在の体温　℃

今日はどうされましたか？

□診察　　検査希望があれば〇をつけてください。
　　レントゲン・アレルギー検査・ウィルス迅速検査・呼吸機能検査・睡眠時無呼吸検査
　　その他(

□定期通院　[薬の処方希望　有・無]

□紹介状持参

□健康診断　(希望項目　　)

□ワクチン　(希望ワクチン名　　)

診察の方は、どのような症状がありますか？あてはまるものにチェックをしてください。

□発熱	□鼻水	□腹痛	□めまい	その他（　　）
□頭痛	□鼻づまり	□吐き気	□不眠	
□咳	□息苦しさ	□嘔吐	□排尿時痛	
□痰	□胸痛	□下痢	□腰痛	
□のどの痛み	□肩こり	□便秘	□かゆみ	
□声がれ	□背部痛	□食欲不振	□湿疹	

《経過》症状が現れてからの経過をお聞かせください。

《既往について》　あてはまるものにチェックをお願いします。

□高血圧　　□高脂血症　　□糖尿病

今までに大きな病気・けが・入院・手術をしたことがありますか？

(　　)

現在内服中の薬はありますか？治療中の病気はありますか？

(　　)

薬剤・食物アレルギー　有・無　　(　　)

タバコを吸いますか？(　　歳～1日　　本)

1. 現在吸っている　　(　　歳～1日　　本)
2. 以前は吸っていた　　(　　歳～　　歳まで　1日　　本)
3. 吸わない

お酒を飲みますか？

1. 飲みます　(酒量　　)
2. 飲みません

その他、診察にあたり伝えておきたいこと、質問などがありましたらお書きください。

(　　)