

<問診票> サンメディカルクリニック青葉

氏名 _____ 受診日 平成28年____月 ____日

身長 _____cm 体重 _____kg 体温 _____℃

1. いつから、どのような症状でお困りですか？

2. この症状で、検査、治療を受けていますか？

いいえ はい 受診医療機関名 (_____)

3. 今までに下記の病気にかかったことはありますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 (コレステロール、中性脂肪) 高尿酸血症
心臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大 緑内障 その他 (_____)

4. 内服中の薬がある場合はご記入下さい。おくすり手帳をお持ちの方はご提示下さい。

内服中の薬： _____

5. アレルギー症状を起こしたことがありますか？

薬のアレルギー いいえ はい：薬品名 _____

食物のアレルギー いいえ はい：食物名 _____

6. 嗜好品について

タバコ： 吸わない、吸っていた (禁煙して _____ 年くらい)
今も吸っている (1日 _____ 本、 _____ 年間くらい)

アルコール： 飲まない、
飲んでいる (日本酒を毎日2合など具体的に _____)

7. 血縁のご家族に病気の方がいらっしゃいますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 (コレステロール、中性脂肪) 高尿酸血症
心臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大 緑内障 その他 (_____)

8. 女性の方のみお答え下さい。

現在妊娠の可能性は？ ない ある 現在授乳中ですか？ いいえ はい

9. 当院を受診されたきっかけをお知らせ下さい。

紹介 (知人、家族、その他 _____) 看板をみて 自宅近くだから 雑誌
インターネット、ホームページ 専門医がいるから その他 (_____)