

だんクリニック 問診表

令和 年 月 日

ふりがな		性別	職業
お名前		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 歳
住所	〒 -		
電話番号	携帯	ご自宅	
身長・体重	c m	k g	体温 度

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？	
・どのような症状→	いつから→
・健康診断で（便潜血陽性・ピロリ菌陽性・バリウム異常指摘・高血圧・肝機能障害 高コレステロール・その他）を指摘され来院	
2. 今までにかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大
<input type="checkbox"/> その他	()
<input type="checkbox"/> 手術	()
3. ご家族で大きな病気（がんなど）にかかった方はおられますか？	
誰が ()	病気 ()
誰が ()	病気 ()
4. 現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
薬剤名 ()	
5. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
薬剤名・食べ物名 ()	
6. たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本× 年)	
お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> よく飲む	
7. 女性の方 現在妊娠されていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 週)	
現在授乳されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8. その他何かあればご記入ください	
9. 当院を受診されたきっかけは <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 知人の紹介	
<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()	

ご協力ありがとうございました