

(表)ならばやし内科・呼吸器内科クリニック 【問診表】 年 月 日

ふりがな	
名前	様 男・女 続柄()
住所	〒 -
電話	(ご自宅) (携帯等)
生年月日	年 月 日 (歳)

職種 (現在の職業と今までの職業もすべて記載してください。肺疾患の場合、関連する場合があります)

--

●身長体重を教えてください

身長 c m 体重 k g
体温 度

*女性の方 最終月経 月 日—

妊娠の可能性 (あり ・不明 ・なし)

授乳中 お子さんの年齢 (歳 カ月)

●本日はどのような症状で来院されましたか?該当する症状、すべてチェックしてください

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳が出る | <input type="checkbox"/> ぜーぜー、ひゅーひゅーいう | <input type="checkbox"/> 熱がある |
| <input type="checkbox"/> 痰が出る | <input type="checkbox"/> 血痰が出た | <input type="checkbox"/> 痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 血糖が高い 気になる | <input type="checkbox"/> 血圧が高い 気になる | <input type="checkbox"/> 息切れ |
| <input type="checkbox"/> コレステロール 中性脂肪が高い 気になる | | <input type="checkbox"/> 禁煙治療希望 |
| <input type="checkbox"/> 風邪症状 | <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 | |
| <input type="checkbox"/> 夜間のいびきが気になる | <input type="checkbox"/> 夜眠れない | <input type="checkbox"/> 物忘れがある |
| <input type="checkbox"/> 健診で指摘をうけた | <input type="checkbox"/> 健診をうけたい | <input type="checkbox"/> 予防接種希望 |
| <input type="checkbox"/> トラベル外来受診希望 | <input type="checkbox"/> 腹痛 | <input type="checkbox"/> 吐き気 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

※裏もありますのでご記入お願い致します

(裏)ならばやし内科・呼吸器内科クリニック 【問診表】

- 今までに病気にかかったり、現在治療中である病気はありますか？ (あり・なし)

- 現在内服中の薬があれば記載してください (あり・なし)

- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし) 該当する項目に○を入れてください
※(あり)の場合、下記に記載をお願いします。

- 今までにタバコを吸ったことがありますか？ (ある ない)

吸ったことある場合、1日何本を何歳から吸われたのですか

本を 歳 から 歳まで 現在 (吸っている・吸っていない)

- 飲酒はされますか？ (飲む・飲まない)

飲まれる場合の頻度を教えてください、

1週間に () 日ぐらい 種類 ()

- ペットを飼っていますか？ (あり・なし)

種類を教えてください()

- ご家族で以下のような症状はありますか？該当する項目にチェックしてください

喘息 心臓病 糖尿病 高血圧症 癌 肝炎

チェックされた方へ、該当された方の続柄を教えてください。

続柄【 】

上記のチェック項目以外の場合は下記にご記入ください

【 】

- 当院をどのようにお知りになりましたか(該当する項目に○を入れてください)

(インターネット・折り込みチラシ・看板広告・モンテメールの他院にかかっている

家族から・知り合いから・職場から・他院からの紹介・自宅が近い・職場が近い

その他【 】)