

内 科 問 診 票

上豊田駅前クリニック

年 月 日

大
昭
平
令

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 才) 男・女

〒

住所 _____ 職業 _____

TEL (携帯) _____ (自宅) _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg *身長・体重は必ずご記入下さい

- * 診察内容をご記入下さい (体温 _____ °C)

* 花粉症・アレルギーの診察の方は□にチェックして下さい
薬希望 注射希望 アレルギー検査 舌下免疫療法

* 自費診療の方は□にチェックして下さい
ビタミン注射 プラセンタ AGA・FAGA (毛髪関係) ED
- * 現在、当院以外で治療中の病気はありますか 【 ある ・ ない 】
- ・「ある」場合【病名 _____】【病院名 _____】
- ・お薬手帳： ある ・ ない → 「ない」方：【服用中の薬剤 _____】
- * 今までの病気と健診で指摘された事について、下記にあれば□をチェックしてください
- 高血圧 糖尿病 脂質異常症 高尿酸血症・痛風
- 心疾患 (狭心症・不整脈・心筋梗塞等) 脳卒中 (脳出血・脳梗塞等)
- がん【胃・大腸・肺・乳・子宮・前立腺・その他 _____】
- 慢性腎不全 (人工透析) 肝臓病 膠原病 胃・十二指腸潰瘍
- 緑内障 喘息 アレルギー疾患 (アトピー・蕁麻疹・花粉症)
- その他【 _____】
- * 今までに薬や注射で副作用が起きたことはありますか 【 ある ・ ない 】
- ・「ある」場合【症状： _____ 薬剤名： _____ 時期： _____ 頃】
- * お酒を飲みますか 【 飲む ・ 飲まない 】
- ・「飲む」場合【頻度： 毎日・週 _____ 回・時々】【酒量： _____ 合・ _____ 升・ _____ ml/日】
- 【種類： 日本酒・焼酎・ビール・ウイスキー・ワイン・その他 _____】
- * タバコを吸いますか 【 吸う ・ 吸わない ・ やめた (_____) 年前】
- ・「吸う」「やめた」場合【 _____ 才～ _____ 才・現在まで】【頻度： 1日 _____ 本・時々】
- * 女性の方のみお答えください
- ・現在、妊娠の可能性【あり・なし】 ・現在、授乳はしていますか【はい・いいえ】
- * その他、医師に伝えておきたい事がありましたらご記入ください。