「」李クリニック　問診表

令和　　年　　月　　日

フリガナ		来院されたきっかけは何ですか？ □ 知り合いからの紹介 （　　様） □ ホームページ □ 近所 □ 住宅地図 □ 家族からの紹介 （　　様）
名前	男・女	
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日　（　　）歳	
住所	〒　　－	
TEL	日中連絡のつく番号(携帯・ご家族連絡先) （　　）　　－　　/（　　）　　－	

以下の項目について、分かる範囲でご記入ください。

身長：	cm	体重：	kg	体温：	℃	血圧：	/ mmHg

1．どのような症状でお困りですか？　※検査等の参考になりますので必ずご記入ください。

（　　）

2．それはいつ頃からですか？　（　　）

3．本日検査を希望されますか？　□いいえ　□ 必要があれば希望する　□ はい→（　　）

4．点滴・注射を希望されますか？　□いいえ　□ 必要があれば希望する　□ はい→（点滴 ・ 注射）

5．現在治療中　または　今までにかかった病気はありますか？
□ いいえ　□ はい → □ 高血圧 □ 糖尿病 □ 結核 □ 喘息 □ 胃・十二指腸潰瘍
□ 肝臓病（　　）□ 心臓病（　　）□ 腎臓病
□ その他（　　）

6．現在、飲んでいるお薬はありますか？
□ いいえ　□ はい → どんなお薬ですか？（　　）

7．これまでに飲み薬や注射で副作用が出たことはありますか？
□ いいえ　□ はい →（薬品名：　　症状：　　）

8．アレルギー体質といわれたことがありますか？
□ いいえ　□ はい →何アレルギーですか？（　　）

9．入院あるいは手術を受けたことがありますか？　□ いいえ　□ はい →（　　歳／　　）

10．感染症と診断されたことがありますか？
□ いいえ
□ はい → B型またはC型肝炎・梅毒・結核・その他（　　）・不明

11．たばこを吸いますか？　□ いいえ　□ はい →（1日　　本）　□過去に吸っていた

12．お酒を飲みますか？　□ いいえ　□ はい →（1日　　）

13．女性の方のみ　妊娠の可能性　□ なし　□ あり　□ 妊娠中 →（　　ヶ月）
授乳中ですか？　□ いいえ　□ はい　最終月経：　　月　　日

14．お薬手帳をお持ちですか？　□ いいえ　□ はい（お忘れも含む）
※本日お持ちの方は受付にお渡しください。
└ 持って〝いない〟方→ 本日、新規でのお薬手帳交付を希望されますか？　□ いいえ　□ はい
（※お忘れの場合はチェック不要）

15．その他、上記以外に何か気になることがあればご記入ください。

（　　）