

問診票

記入日

| | |
|----------|---|
| ふりがな | |
| 名前 | 生年月日 年 月 日生 歳 (男・女) 身長 cm、体重 kg、熱 °C |
| 住所 〒 - | 今飲んでいる薬 |
| 電話番号 - - | 携帯番号 - - |

当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

看板 ・ 掲示板 ・ バス車内放送 ・ ホームページ ・ Twitter ・ facebook
知人やご家族 ・ リビング滋賀

1. どんな症状ですか？

生活習慣病 (高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロールが高い
中性脂肪が多い ・ 高尿酸血症 (痛風))
心臓病 (動悸 ・ 息切れ ・ 胸の痛み ・ 不整脈 ・ 心電図異常)
かぜ (熱 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ だるさ ・ 頭痛)
おなか (腹痛 ・ 胃痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気)
そのほか ()

2. いつからですか？

本日 () 時頃から ・ 昨日から ・ () 日前から ・ () か月前から

3. かぜの症状の方は、インフルエンザ迅速検査のご希望はありますか？

はい ・ いいえ

4. かかったことがある、もしくは現在かかっている病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロールが高い ・ 中性脂肪が多い ・ 心臓病
ぜんそく ・ 腎臓病 ・ そのほか ()

5. ご家族で、下記の病気にかかれた方はいますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロールが高い ・ 中性脂肪が多い ・ 心臓病
ぜんそく ・ 腎臓病 ・ そのほか ()

6. タバコは吸いますか？

吸わない
吸う 1日 () 本 () 年間 ⇒ 禁煙したいと 思う ・ 思わない

7. お酒はどのくらい飲みますか？

ほぼ毎日 ・ 時々飲む ・ 飲まない

8. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)起こしたことがありますか？

はい (薬・食べ物:) ・ いいえ

9. 女性の方にお伺いします。

妊娠していますか？ はい ・ いいえ、授乳していますか？ はい ・ いいえ