

問診表 (いまいクリニック)

フリガナ		性別	生年月日、年齢		
お名前		男・女	大昭 平令	年	月 日 () 歳
ご住所	〒	電話番号			
		自宅	()		
		携帯	()		
ご職業		身長	cm	体重	kg

* どうされましたか？ どの具合が悪いですか？ その症状はいつ頃からありましたか？

* その症状で、どこかほかの病院を受診しましたか？

受診していません ・ 受診しました(病院:)

* 食べ物や薬で、アレルギーや副作用が出たことがありますか？

ありません ・ あります(その原因は?:)

* お酒とタバコについてお答えください。

お酒: 飲まない ・ 付き合い程度 ・ 飲む(種類 , 週に 日、1日量)

タバコ: 吸わない ・ 過去に吸っていた(歳~ 歳) ・ 吸う(1日 本、喫煙歴 年)

* これまでの病気、入院、手術を教えてください。

()歳 () (病院)

()歳 () (病院)

* 健康診断で異常を指摘されたことがありますか？

ない ・ ある(異常の種類:)

* 血縁のある方で、次のような病気の方はおられますか？(○をつけてください。)

がん() ・ 脳疾患 ・ 心臓疾患 ・ 肺疾患 ・ 胃腸疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 胆嚢疾患
 膵臓疾患 ・ 腎臓疾患 ・ 婦人科疾患 ・ 皮膚疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 痛風 ・ ぜんそく

* 現在、通院されている病院はありますか？ もらっているお薬はありますか？

ない ・ ある(病院名:)

※ お薬がおありの方は、『お薬手帳』を一緒に出してください。

* (女性の方にお聞きします) 現在、妊娠あるいは授乳されておられますか？

妊娠していない ・ 妊娠している(妊娠 週) ・ 授乳していない ・ 授乳している

* 特別に心配していること、ご希望のことがあればお書きください。