

## 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	〒	自宅	( ) -			
		携帯	-	-	-	本人・家族
		その他	-	-	-	( )
ご職業		身長	cm	体重	kg	

\* 正確な医療情報を活用するために、マイナ保険証による診療情報の取得に同意いただけますか？

はい・いいえ

\* いつ頃からどのような症状がありますか？ どの具合が悪いですか？

\* 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:

紹介状(あり・なし))

\* これまで経験された病気、入院、手術などを教えてください。

( )歳 ( ) (病院 )

( )歳 ( ) (病院 )

\* ご家族の方で、これまでに経験された病気などを教えてください (血縁のある方)

( )

\* これまでに薬や食品で、アレルギーや副作用を起こしたことがありますか？

ありません・あります(その原因は?: )

\* 感染症のような病気はございますか？

ありません・あります( )

\* お酒とタバコについてお答えください。

お酒: 飲酒歴なし ・ 機会飲酒のみ ・ ほぼ毎日飲酒あり(1日 本)

タバコ: 喫煙歴なし ・ 過去の喫煙歴あり ・ 現在も喫煙習慣あり(1日 本)

\* 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。