

国分寺内科クリニック問診票

記載年月日：西暦 年 月 日

氏名： 生年月日：西暦 年 月 日 年齢： 歳 性別： 男 / 女

住所：〒

電話番号： 携帯電話：

メールアドレス： 職業：

(質問 1) 受診理由を教えてください。

(質問 2) これまでに病気にかかったことがあれば教えてください。

例) 35 歳 虫垂炎(手術)、50 歳～ 高血圧(内服中)

(質問 3) アレルギーがあれば教えてください。薬や食物のアレルギーはありますか？

(質問 4) 現在使用しているお薬があれば教えてください。

(質問 5) 血縁者で病気の方がいらっしゃれば教えてください。

(質問 6) 身長( )cm 体重( )kg 20 歳時体重( )kg 過去最大体重( )kg  
最近・・・ 太った( kg 増) ・ やせた( kg 減) ・ 変わらない  
家庭血圧・・・ ～ / ～ mmHg ・ 測っていない

(質問 7) 飲酒・・・ 飲まない ・ 飲む(1 日量： ・ 週 回)  
たばこ・・・ 吸わない ・ 吸う( 本/日) ・ 禁煙中( 年前まで 本/日 年間)

(質問 8) 女性の方のみ

生理・・・ 規則的 ・ 不規則 ・ 閉経 ・ 妊娠中( 週)

最終月経・・・ 年 月 日ごろ

妊娠中・・・ 高血圧 ・ 浮腫 ・ 蛋白尿 ・ 妊娠糖尿病 ・ なし

妊娠・出産歴(有・無)( 回) 妊娠中の異常(有・無) 出産時の異常(有・無)

4,000g 以上児の出産(有・無)

(質問 9) 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ご紹介・・・ 医療機関(ご紹介元の医療機関名： )

家族 ・ 知人 ・ その他( )

ご紹介以外・・・ 看板 ・ インターネット ・ パンフレット ・ バスアナウンス  
電柱広告 ・ 折り込みチラシ その他( )

ご協力ありがとうございました。