たにやまクリニック問診票

年　　月　　日

フリガナ	
お名前	（男・女）
生年月日	（大正、昭和、平成）　　年　　月　　日　（満　　歳）
ご住所	〒　　ー
電話番号	

① 今日はどうされましたか？
　発熱（　　℃）・頭痛・のどの痛み・せき・鼻水・腹痛・下痢・嘔吐・胸痛・
　息切れ・動悸・その他（　　）

② 症状はいつ頃からですか？
　（　　）

③ 現在、治療中の病気はありますか？
　なし・高血圧・糖尿病・高脂血症・不整脈・貧血・その他（　　）

④ 現在、飲んでいるお薬はありますか？あればお書きください。
　なし・あり（　　）

⑤ お薬で体の調子が悪くなったことはありますか？ありの場合はお薬の名前を教えてください。
　なし・あり（　　）

⑥ アレルギーはありますか？
　なし・あり（　　）

⑦ 生活習慣についてお伺いします。
　・喫煙：吸わない・止めた・吸う（　　本／日・　　年間）
　・飲酒：飲まない・飲む（ビール・ワイン・日本酒・ウィスキー・焼酎・その他）
　　（量：　　ｍｌ・合／日）

⑧ 身長：　　cm、体重：　　kg

⑨ 女性の方にお伺いします。
　月経は？（最終月経　　月　　日）・閉経した
　妊娠の可能性はありますか？（妊娠中・ある・ない）
　授乳中ですか？（はい・いいえ）

⑩ 当院受診のきっかけを教えてください。
　自宅に近い・知人の紹介・インターネット・その他（　　）