

## 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

ふりがな

住 所: \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名: \_\_\_\_\_ (男 • 女)

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身 長: \_\_\_\_\_ cm 体 重: \_\_\_\_\_ kg 体 温: \_\_\_\_\_ °C 職 業: \_\_\_\_\_

■ 本日の受診目的に○をしてください。

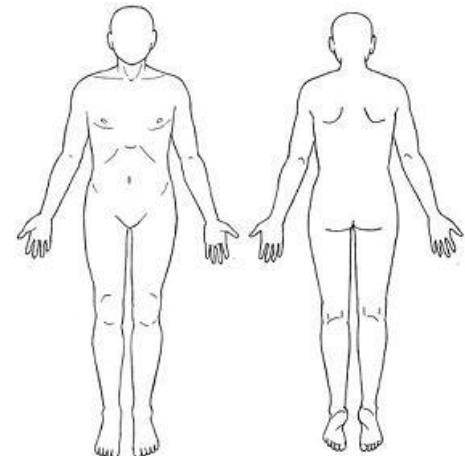
痛みのある方は痛みのある場所を○で囲って下さい

風邪 • ケガ • 痛み • 下肢静脈瘤 • 禁煙目的  
その他: ( )

※ 今回受診目的が以下の項目に該当する場合は

○で囲んでください

[ 交通事故 • 仕事中のけが • 通勤中のけが ]



■ 現在治療中の病気はありますか。 [ ある • ない ]

『ある』の方は該当する病気に丸をつけてください。

高血圧 • 心臓病 • 喘息 • 脂質異常症 • 糖尿病  
胃潰瘍 • 緑内障 前立腺肥大 • 結核 • 肝臓病  
手術(部位) • その他( )

■ 現在、服用中のお薬はありますか。 [ はい • いいえ ]

■ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか。 [ はい • いいえ ]

『はい』の方はわかれれば薬・食べ物の名前をお書きください



■嗜好品についてお答えください。

たばこ [ 吸わない • やめた • 1日1~10本 • 11~20本 • 21本以上 ]  
お 酒 [ 飲まない • 時々飲む • 1日おきくらいに飲む • 毎日飲む ]

■ 女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか ( はい • いいえ • 不明 )

授乳中ですか ( はい • いいえ )

■ その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。



ご協力ありがとうございました。順番がきましたらお呼びしますので、もうしばらくお待ちください。



刈谷なりたクリニック