

# 問診票

ふりがな  
氏名： 男・女 生年月日： 大・昭・平 年 月 日

Tel： \_\_\_\_\_

住所： 〒 \_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_

以下の質問について□にチェックをして回答をお願いします。

Q1. 本日当クリニックに来院された理由を教えてください。

- 身体の調子が悪い
- 検診やドックで異常があった
- 定期検査のため
- その他 ( )

現在症状がある方は、いつ頃からどのような内容か具体的に教えてください。

( )

ご希望や心配なことがあれば教えてください。

( )

Q2. 今までに大きな病気をされたことがありますか？

- はい → 何歳頃 ( ) 病名 ( )  
現在治療中ですか？ (○をしてください) はい ・ いいえ

いいえ

Q3. 現在内服されているお薬を教えてください。

- ない
- ある → お薬手帳など内容が分かるものをお持ちであればそれを診察の時にお見せください。  
もしお持ちでなければ、何のお薬かわかる範囲ですべてお書きください。  
( )

Q4. お薬でアレルギーの症状がでたことがありますか？

- はい → 何のお薬ですか？ ( )
- いいえ

Q5. たばこを吸われますか？

- はい → 1日 ( ) 本 ( ) 年間
- いいえ

Q6. お酒を飲まれますか？

- はい → 1日 ( ) を ( ) 程度
- いいえ

Q7. 最後のお食事は何時ですか？

( 本日 ・ 昨日 ) の ( ) 時ごろ

Q8. 当クリニック知ったきっかけを教えてください。

- ホームページ
- 看板
- チラシ
- 紹介
- 以前に通院していた
- その他 ( )



赤松内科クリニック

akamatsu clinic

TEL : 06-6627-9906 FAX : 06-6627-9916

〒557-0045 大阪市西成区玉出西 2 丁目 4-8