

田島クリニック 問診票

日付 年 月 日

お名前	フリガナ	生年月日	M・T・S・H 年 月 日	電話番号
	男 ・ 女		満 歳	
ご住所	〒			

① 今日はどうされましたか？ 内科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 小児科 （○をつけてください）

熱（ 度）

② 症状はいつ頃からですか？ 頃から

③ 今までに入院や手術の経験はありますか？

ない ・ ある（病名： ）

④ 現在、治療中の病気はありますか？

ない

高血圧 糖尿病 脂質異常症 痛風 貧血 不整脈 その他（ ）

⑤ 現在、服用している薬があれば、お書き下さい。（お持ちであれば、お薬手帳を御用意ください）

⑥ アレルギーはありますか？

ない ・ ある（ その原因： ）

⑦ 妊娠している可能性はありますか？（生理が遅れている等）

ない ・ ある（ 妊娠 ヶ月 又は 授乳中 ）

⑧ お酒は飲みますか？

いいえ ・ はい（ 毎日 ・ 週 回 種類は？ ）

⑨ タバコは吸いますか？

いいえ ・ はい（ 1日 本）

⑩ 身長：_____cm 体重：_____kg

⑪ 当院を、どのようにしてお知りになりましたか？

近所 知人の紹介 ホームページ インターネット その他（ ）

*ご記入ありがとうございました。

患者様の個人情報、医療の提供・医療保険事務に利用し、個人情報の開示・訂正・利用停止等につきましては「個人情報の保護に関する法律」の規定に従ってすすめております。