

外来問診票

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 歳 体温 _____ °C

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 〒 _____

電話 _____

身長 _____ 体重 _____ 血圧 _____ 脈拍 _____

- 1) 本日はどのような症状で来院されましたか？
咳 ・ 痰 ・ のどの痛み ・ 鼻水 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 頭痛
その他の症状 (_____)
- 2) 今、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)
(病名: _____)
これまでに大きな病気にかかったことはありますか？
(病名: _____)
- 3) 本日は食事をされていますか？ (はい・いいえ)
- 4) 薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)
はい、と答えた方はお薬のお名前を教えてください。
(_____)
- 5) たばこは吸いますか？ (はい ; 1日 本 ・ いいえ)
- 6) お酒は飲みますか？ (毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない)
- 7) 当クリニックをどのような経緯で受診されましたか？
A) 知人の紹介 B) チラシ C) ホームページ D) クリニックの前を通過して
E) その他 (_____)

以下、女性の方にお聞きします。

- 8) 妊娠の可能性はありますか？ (はい【妊娠 週】 ・ いいえ)
- 9) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)
- 10) 最終月経はいつですか？ (月 日 ・ 日周期)