

問診票

保険証 受取 確認 返却

確認者 _____

ふりがな

名前 _____ (男・女) 本日の体温 _____ °C

生年月日(大正・昭和・平成・西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

電話番号 _____ () _____ () _____ ()

当院では診療を円滑に進めるため、また一人一人の患者さんにより適切な診断・治療を行うため、
診察前に問診票の記入をお願いしております。

下記の質問に関し、当てはまる症状にシ点を付けて下さい。

本日受診のきっかけに関して教えてください。 紹介状あり

いつから、どのような症状がありますか？

検診で異常を指摘された

(レントゲン・CT・採血・呼吸機能検査・その他 _____)

上記の他に何かお困りの症状はありますか？

かかったことがある、または今治療中である病気はありますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 (痛風)

気管支喘息 肺結核 慢性副鼻腔炎(蓄膿)

脳梗塞 脳出血 狭心症 心筋梗塞 不整脈

がん _____ その他

たばこは吸われますか？

いいえ 過去に吸っていた _____ 歳～ _____ 歳まで、1日 _____ 本

今も吸っている 1日 _____ 本

-裏面に続きます-

Ver.4.0

三重呼吸器アレルギー内科クリニック

問診票

○ 飲酒されますか？

- いいえ 機会があれば、たまに
 毎日 ビール・日本酒・焼酎・その他を1日_____ (ml・合)

○ 仕事その他で埃っぽいところで作業されたり、粉じんを吸入されたことはありますか？

- いいえ はい (アスベスト・珪酸・その他_____)

差し支えなければ職業を教えてください。(_____)

○ ペットは飼っていますか？

- いいえ はい (イヌ・ネコ・その他_____)

○ 家族の方に関して、何か病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？
当てはまるものにレ印を付けて下さい。

- 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸血症 (痛風)
 気管支喘息 肺結核 慢性副鼻腔炎 (蓄膿)
 脳梗塞 脳出血 狭心症 心筋梗塞 不整脈
 がん _____ その他

○ 薬や食物に対するアレルギーはありますか？

あれば具体的におしえてください。

- 薬 いいえ はい (_____)
食物 いいえ はい (_____)

○ アルコール、乳製品のアレルギーはありますか？

- アルコール あり なし 乳製品 あり なし

○ 現在内服中の薬などありますか？

- はい _____ (お薬手帳 あり・なし)
 いいえ

○ (女性の方で)現在妊娠している可能性はありますか？

- はい いいえ わからない

○ (女性の方で)現在授乳中ですか？

- はい いいえ

御協力ありがとうございます。