

問診票

ふりがな

身長_____cm 体重_____kg

名前 _____ (男・女) 本日の体温_____℃

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？

□ 検査を希望 _____の検査

□ 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.4.3

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。