

＜問診票＞

受付時間 : サイン

ID お名前 二年齢 性別 男 ・ 女

1) いつ頃からどのような症状でお困りですか。	
① いつ頃から	
今日 昨日 3日前位 1週間前 10日前 2週間前 3週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前	
② 症状	()
③ その症状のために他院の診察や治療を受けましたか？	はい いいえ
「はい」の場合、病院名と診断病名を教えてください。	
病院名()	
診断病名()	
2) 今までに大きな病気にかかったことや、手術を受けたことがありますか？	
	はい いいえ
「はい」の場合、何歳ごろ何の病気にかかられましたか？また、手術の病名もお分かりでしたらお答え下さい。	
何歳頃()	
病 名()	
手術名()	
3) 現在飲んでいるお薬はありますか？「はい」の場合、お薬の名前をおしえてください。	
	はい いいえ
薬剤名()	
4) 今までに薬や注射で具合が悪くなった事や、食べ物により蕁麻疹や発赤が出たことがありますか？	
	はい いいえ
「はい」の場合、薬と食べ物のどちらですか？	
薬 食べ物	
5) 嗜好品についてお聞きます。	
タバコ 吸わない 吸う	
本数 1日1～10本 1日10～20本 1日20本～40本 1日40本以上	
喫煙歴 5年未満 10年未満 20年未満 30年未満 40年未満 40年以上	
お酒 飲まない 飲む	
6) 女性の方にお聞きます。	
妊娠中ですか？または妊娠の可能性はありますか？	はい いいえ
授乳中ですか？	はい いいえ



医療法人社団 K N I

北原ライフサポートクリニック東松島

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC HIGASHI MATSUSHIMA