

カルテ No.

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
住所	〒				
TEL		職業			

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 体温 _____ ℃

内科 (症状に○をつけ、記入もお願いします。最もつらい症状に◎を付けて下さい。)

症状は、いつからですか？ _____ 日前から

・頭痛(重い感じ・ずきずきする) ・めまい ・胸痛 ・動悸 ・呼吸苦
 ・吐き気 ・嘔吐(_____ 回) ・下痢(_____ 回/日) ・水様便 ・軟便 ・血便)
 ・食欲不振 ・腹痛(部位: _____) ・激痛 ・痛みに波がある)
 ・その他(_____)

※ 発熱・風邪・咳症状の方は入室ができません。お電話での診察となります。

皮膚科 (お薬処方では対応できる軽症なものに限ります。)

症状は、いつからですか？ _____ 日前から

・部位(_____)
 ・症状:かゆい・赤い・にきび・かぶれ・ふけ・その他(_____)
 ・これまで、治療を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい → (内容: _____)

※ 処置・検査・専門的治療は実施していません。例) 怪我、出血、足水虫、褥瘡、粉瘤、火傷、いぼ、爪切り、鶏眼、性病、疥癬、ほくろ、ケロイド、再発性ヘルペス等は不可

現在、治療中の病気がありますか？ いいえ

ある: 脳梗塞 心臓病(_____) 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風
喘息 肺気腫 胃潰瘍 肝疾患(_____) 腎疾患 透析中
婦人科疾患(_____) 精神疾患(_____)
アトピー性皮膚炎 ニキビ かかりつけ希望、検査希望、紹介(入院)希望等 乾癬 ・ その他(_____)

薬や食べ物でアレルギーがありますか？ いいえ ・ ある(種類: _____)

現在、使用している薬がありますか？ いいえ

ある(_____)

今まで、かかっていた病院はありますか？ いいえ ・ ある(病院: _____)

今まで、手術をしたことがありますか？ いいえ ・ ある(病名: _____)

たばこは吸いますか？ いいえ ・ はい 一日 _____ 本(_____ 歳~ _____ 歳)

お酒は飲みますか？ いいえ ・ はい 一日ビール _____ 本・日本酒 _____ 合・その他

(女性の方のみ)

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい ・ 分からない

授乳中ですか？ いいえ ・ はい

検査、説明などでご希望があればご記入下さい 例) かかりつけ希望、検査希望、紹介(入院)希望等
(_____)

自由記入欄

当院を受診したきっかけは何でしょうか？
 知人の勧め(_____ さん) ・ 通りがかった ・ インターネット ・ その他(_____)

ご協力ありがとうございました。受付にお渡しく下さい。

つるた鷲ノ宮クリニック