

ID:

## むらのクリニック 問診票

|       |          |  |                                    |
|-------|----------|--|------------------------------------|
| カナ    |          | 性別   | 生年月日                               |
| 氏名    |          | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 昭和・平成 (      歳)<br>年      月      日 |
| 住所    | 〒      ー |  |                                    |
| 携帯電話: | 自宅番号:    |  |                                    |

●どのような症状でしょうか? (      °C)

●服用中の薬はございますか?

●これまでに掛かったことのある病気はございますか?

|  |   |
|--|---|
| 高血圧・高脂血症・糖尿病・痛風(高尿酸血症)<br>脳血管疾患・腎臓病・アレルギー疾患・貧血<br>心臓病(狭心症・心筋梗塞・不整脈)・緑内障<br>呼吸器病(喘息・慢性気管支炎・COPD)<br>前立腺肥大・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫<br>その他(      ) | 逆流性食道炎・過敏性腸症候群<br>胃・十二指腸炎・ピロリ菌感染<br>潰瘍性大腸炎・クローン病・胃潰瘍<br>肝胆膵疾患(脂肪肝・胆石・胆のうポリープ・膵炎)<br>その他(      ) |
|--|---|

●これまでの手術歴(時期・手術名)

●薬や注射、食品などのアレルギーを起こしたことはございますか?

薬名:      食品名:     

●お酒は飲めますか? いいえ・はい(どの位の量:      )

●たばこ:吸わない・喫煙者(      本)

●血縁の方にあてはまる病名の方ががいれば○をつけてください。

高血圧・糖尿病・高脂血症・喘息・アレルギー・がん・心臓病・肝臓病・呼吸器病・腎臓病  
 前立腺肥大症・緑内障・痛風・潰瘍性大腸炎・その他(      )

●女性の方で妊娠の可能性がございますか? はい・いいえ(最終月経:      月      日~      )

●当院はどなたかの紹介でしょうか? Web・職場近く・誰かの勧め(お名前:      )

【お知らせ】当院は月・火・金の16:30~と土曜は完全予約制です。

なるべく時間内に診察させていただくように心掛けさせておりますが、診察の時の先生を限って  
 いただくと待ち時間が発生いたしますのでご了承下さい。

※ご予約は受付窓口・Webまたはお電話で承っております。