

# なかのクリニック問診表

記入日 令和 3年 月 日 ( )

お名前	(フリカナ)
生年月日	明：大：昭：平 年 月 日 生まれ ( 歳)
御住所	(〒 )
電話番号 (携帯)	

当院ははじめてですか。はい：いいえ

(平成 年 月頃受診した) (ワクチン接種で受診 )

以下の項目について具体的に御記入ください。

① 希望される項目に○をしてください。(内科診察：外科診察：外傷などの外科処置：マッサージ等理学療法：健康相談：介護相談：往診：在宅診療：検診：その他 )

② 今日はどうされましたか。具体的にご記入ください。

	体温 ( 度)
--	---------

上記症状はいつごろから始まりましたか。( 頃 )

③ 上記症状で他院を受診されましたか。 いいえ：はい ( )

④ 上記症状でなにか市販薬を服用しましたか。 いいえ：はい ( )

以下の項目にわかる範囲で御記入をお願いします。

① 現在、他の病気で他院を受診されていますか。(内科：外科：整形外科：眼科：耳鼻咽喉科：その他)  
(具体的に： )

② 現在定期的に服用している薬はありますか。なし：ある (具体的に )  
薬手帳、他院検査結果等をお持ちの方はご提出お願いいたします。

③ 血液を固まりにくくする薬を服用されていませんか。なし：ある (具体的に )

④ 子供のころから現在まで大きな病気にかかれたことはありますか。なし：ある  
(具体的に )

⑤ 今までに手術を受けられたことはありますか。なし：ある (具体的に )

⑥ 緑内障の既往はありますか。なし：ある

⑦ 心臓、脳の病気の既往はありますか。なし：ある (具体的に )

⑧ アレルギーはありますか。なし：ある (具体的に )

⑨ 注射や薬でアレルギーもしくは副反応がでたことはありますか。なし：ある (具体的に )

⑩ 体の中にペースメーカや人工関節など金属は入っていませんか。なし：ある (具体的に )

⑪ たばこ：吸う (1日 本)：吸わない：禁煙した ( 年前から)

⑫ お酒：飲む (1日 合、週 日)：飲まない

⑬ 女性の方にお尋ねします。妊娠中、授乳中、妊娠の疑いはありませんか。 なし：ある