

# 新患診療問診票

	平成 年 月 日	ID
受診科	内科一般 ・ 男性型脱毛症(AGA) ・ ED治療	
ふりがな		性別
氏名		男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 ( 歳)	
郵便番号	〒 □□□□ - □□□□	
住所		
職業		
勤務先		
電話番号	自宅	勤務先・携帯

(身長 cm) (体重 kg) (体温 °C) (血圧 mmHg)

## 1. 現在の症状で、あてはまるところに「○」をしてください。

- |             |           |           |          |
|-------------|-----------|-----------|----------|
| (1)熱がある     | (2)喉が痛い   | (3)咳・痰がでる | (4)鼻汁がでる |
| (5)首が痛い     | (6)息が苦しい  | (7)動悸がする  | (8)胸が痛い  |
| (9)嘔気・嘔吐がする | (10)胃が痛い  | (11)腹部が痛い | (12)腹がはる |
| (13)便秘をする   | (14)下痢をする | (15)歩行が異常 | (16)頭が痛い |
| (17)身体がだるい  | (18)食欲が無い | (19)やせてきた | (20)しびれる |
| (21)その他( )  |           |           |          |

## 2. 現在治療中の病気はありますか。ある方は該当病名に「○」をしてください。

- |            |         |           |            |            |
|------------|---------|-----------|------------|------------|
| (1)高血圧症    | (2)糖尿病  | (3)高脂血症   | (4)脂肪肝     | (5)高尿酸血症   |
| (6)狭心症     | (7)心筋硬塞 | (8)肺結核    | (9)肺炎      | (10)不整脈    |
| (11)脳梗塞    | (12)脳出血 | (13)胃潰瘍   | (14)胃炎     | (15)十二指腸潰瘍 |
| (16)大腸ポリープ | (17)貧血  | (18)気管支喘息 | (19)その他( ) |            |

- 入院をした事がありますか ( なし・ある 歳/病名 )
- 手術をした事がありますか ( なし・ある 歳/病名 )
- 輸血をした事がありますか ( なし・ある 歳/病名 )
- 今服用している薬がありますか ( なし・ある 歳/薬名 )
- 歳/薬名 )
- 歳/薬名 )

## 3. 体質・生活習慣についてご記入ください。

- |          |             |                   |        |
|----------|-------------|-------------------|--------|
| (1)アレルギー | ( なし ・ ある ) | 食物 ・ 植物 ・ 薬 ・ その他 | ( )    |
| (2)タバコ   | ( 吸わない・吸う ) | 本 / 日             | 年間 銘柄  |
| (3)アルコール | ( 飲まない・飲む ) | 回 / 週             | 1回量 種類 |
| (4)運動習慣  | ( なし ・ ある ) | 回 / 週             | 時間     |

## 4. 女性の方はご記入ください。

- (1)妊娠の可能性がありますか ( ない ・ ある )
- (2)最終生理日 ( 月 日 )
- (3)閉経 ( 歳 頃 )

☆当クリニックはどちらでお知りになりましたか？

- |           |              |     |
|-----------|--------------|-----|
| ・家族・知人の紹介 | ・インターネット     | ・広告 |
| ・駅の看板     | ・タウンページ(電話帳) |     |
| ・電柱       | ・その他( )      |     |

ご記入有難うございました

くらた内科クリニック