

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