

# 石橋クリニック問診票

記入日 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな

自宅電話：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_

携帯電話：\_\_\_\_\_

性別：男・女

誕生日 T・S・H・R \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

年齢：\_\_\_\_歳

ご住所：〒\_\_\_\_\_市

身長：約\_\_\_\_\_cm 体重：約\_\_\_\_\_kg 体温\_\_\_\_\_℃

■本日はどうなさいましたか。なるべく具体的にお書き下さい。

( \_\_\_\_\_ )

■今までにかかった病気・けが・受けた手術について教えてください。

・なし ・あり → ( \_\_\_\_\_ )

■当院以外で通院中の医療機関について教えてください。( \_\_\_\_\_ )

■現在飲まれているお薬を教えてください。お薬手帳があれば、ご持参下さい。

・なし ・あり → ( \_\_\_\_\_ )

■あなたのアレルギー（薬・食品・その他）について教えてください。

・なし ・あり → ( \_\_\_\_\_ )

■たばこを吸っていますか？・いいえ・はい

→過去に喫煙・今も喫煙：( \_\_\_\_\_本/日×\_\_\_\_\_年)

■アルコールは飲みますか？・いいえ・はい →頻度は 毎日・定期的に・機会飲酒

アルコールの種類：( \_\_\_\_\_ ) 量 ( \_\_\_\_\_杯/回 ) 頻度( \_\_\_\_\_回/週)

■ご家族(血縁)の方がかかられた(かかっている)病気について教えてください。

( \_\_\_\_\_ )

■女性の方のみお答えください。

あなたは妊娠している可能性はありますか？ ・いいえ ・はい

■何か伝えたいことがあれば、お書きください。

( \_\_\_\_\_ )