令和　　年　　月　　日

問　診　票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H/R　　年　月　日 （　　歳）	性別 男・女	体温（発熱の方） ℃
住所　〒			
連絡先電話番号	身長 cm	体重 kg	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

●どのような症状ですか？以下のあてはまる症状にチェックをつけてください。

☐ 発熱　☐ のどの痛み　☐ せき　☐ たん　☐ 鼻水　☐ 関節の痛み
☐ 頭痛
☐ 腹痛　☐ 吐き気　☐ おうと　☐ 下痢　☐ 便秘　☐ 食欲がない
☐ 腰痛　☐ 息苦しい　☐ からだがだるい　☐ めまい　☐ ふらつく
☐ 血圧が高い（　　mmHg）　☐ 予防接種　☐ 健康診断

☐ その他、気になることがございましたらご記入ください。

［　　］

●現在治療中の病気　☐ あり　☐ なし

☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 糖尿病　☐ 腎臓病　☐ 痛風（尿酸値が高い）
☐ 脳こうそく　☐ 不整脈　☐ ぜんそく　☐ 花粉症　☐ アトピー
☐ 緑内障　☐ 関節リウマチ
☐ その他（　　）

●今飲んでいるお薬　☐ あり　☐ なし

おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください。

［　　］

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？　☐ あり　☐ なし

［　　］

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？　☐ あり　☐ なし

・いつ頃 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・病名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・病院名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●生活習慣について

・お酒　☐ 飲む　☐ 飲まない
・たばこ　☐ 吸う（1日　本　　年間）　☐ 吸わない　☐ 禁煙した（　　年前から）
（過去喫煙歴：1日　　本　　年間）

●女性の方にお伺いします

・**現在妊娠中ですか**　☐ はい　☐ いいえ
・**現在授乳中ですか**　☐ はい　☐ いいえ

きくち呼吸器内科クリニック