いけだファミリークリニック桶川　問診票　　2019年　　月　　日

フリガナ 氏名	男 ・ 女	西暦　　年 大・昭・平・令 年　月　日	歳 身長　cm 体重　kg
住所 〒		TEL　（ 自宅　携帯 ） －　－	体温 ℃

⑴ いつから、どのような症状がありますか？

⑵ これまでにかかったことがある病気（健康診断での指摘含む）、すべてに○をつけてください。

心臓病　がん　脳卒中（脳梗塞・脳出血）　高血圧　糖尿病
高脂血症（高コレステロール血症）　痛風　貧血　喘息　肺結核
肋膜炎　肝臓病（肝炎）　胆石　胃潰瘍　十二指腸潰瘍　腎臓病
尿管結石　前立腺肥大　痔　性病　白内障　緑内障　アレルギー体質
花粉症　その他（　　）　特にない

⑶ 現在飲んでいる薬、来院までに他院でもらった薬がありますか？

ない　ある　薬名

⑷ 血縁関係のある家族に⑵であげた病気の方がいますか？

いない　いる　誰が　病気名

⑸ 薬や造影剤、麻酔剤のアレルギーがあると言われたことがありますか？

ない　ある　何のアレルギーですか？　薬名

⑹ 食べ物のアレルギーはありますか？

ない　ある　何のアレルギーですか？　食べ物名

⑺ 現在どのような仕事をしていますか？

会社員　農業　専業主婦　無職　学生　その他（　　）

仕事内容　立ち仕事　車等の運転　座位の事務作業　その他（　　）

⑻ 喫煙・飲酒について、それぞれあてはまるものに○をつけてください。

喫煙習慣　なし　あり　以前吸っていた　（　　本)/1日

飲酒　飲まない　飲む（週　日）（種類　　）　量（　　）

⑼ 女性の方にお伺いします。あてはまるものに○をつけてください。

生理　ある（順調・不順）・最終月経（　月　日）　ない（閉経　歳のとき）

妊娠　妊娠している（　週目）　妊娠していない　わからない

⑽ 来院のきっかけを教えてください。あてはまるものに○をつけてください。

知り合いの紹介　他医療機関からの紹介　通りがかり
ホームページを見て　チラシを見て　その他（　　）