

# 問 診 表

(診察時の助けにするため、初診の患者さんにお尋ねしています)

受診される方のお名前	生年月日	年齢	性別
ふりがな	T・S・H・R	才	男・女
住 所	電 話 番 号		
	— —		

今までにかかった <b>病気</b> は何ですか？ いいえ・はい→	高血圧・心臓病・脳梗塞・高脂血症・腎臓病・糖尿病 肝臓病・がん・喘息・アトピー性皮膚炎・痛風 その他( )
<b>手術</b> を受けたことがありますか？ いいえ・はい→	いつ頃、どんな手術を受けましたか？
<b>アレルギー</b> はありますか？ いいえ・はい→	どんなアレルギーですか？
現在服用中の <b>くすり</b> はありますか？ いいえ・はい→	おくすり手帳はお持ちですか？ あり → 診察の時、おくすり手帳を見せてください なし → 服用中のくすりはどんな薬ですか？
(女性の方へ) <b>妊娠・授乳</b> の有無	妊娠 ( 月)、授乳中

## 症状をお聞かせください

今日はどんな症状で受診されましたか？

それは、いつ頃から始まりましたか？

今日の体温                      °C (測ってきた方のみ)

—書き終わりましたら、お手数ですが受付へお持ちください—

**緑が丘クリニック**