



# 桜台クリニック問診票

平成 年 月 日

(フリガナ) 氏名 (男・女) 大・昭・平 年 月 日 ( 歳)

TEL 自宅 - - 携帯 - -

住所 〒 - - 市 町

\* 本日の受診理由をご記入下さい。

本日の体温 ℃

それは、いつ頃からですか。

体重 kg

身長 cm

以下の質問は診療の参考にさせていただきます。わかる範囲内で結構ですので、ご記入をお願いします。

## 【共通質問】

\* 今までにかかった病気(今かかっている病気を含む)について○印をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・喘息・アレルギー・肝臓病・腎臓病・心臓病・がん・結核  
膠原病・甲状腺疾患・その他( )

\* 以前に手術を受けたことがありますか。

ない・ある(いつごろ どのような手術 )

\* 血のつながっている方に以下の病気の方はおられますか。

高血圧・糖尿病・喘息・アレルギー・肝臓病・腎臓病・心臓病・がん・結核  
膠原病・甲状腺疾患・その他( )

\* 常用薬(いつも服用しているお薬)はありますか。

ない・ある(お薬の名前 病院名 )

\* 薬・注射で異常(アレルギー)があったことはありますか。

ない・ある(お薬の名前・注射名 )

\* 嗜好品についてお聞かせ下さい。

アルコール(ビール・日本酒・ウイスキー・ワイン) 1日どれくらい( )  
たばこ 1日 本 喫煙歴 年

\* その他、体調等で気になることがありましたらお教え下さい。

## 【女性の方に質問】

\* 現在、妊娠(可能性含め)されていますか。

いいえ・はい( 週目)

\* 現在、授乳中ですか。

いいえ・はい