



桜台クリニック問診票

令和 年 月 日

(フリガナ) 氏名 (男・女) 大・昭・平 年 月 日 (歳)

連絡先 自宅 (- -) ※連絡がつく番号のご記入をお願いします。
携帯 (- -) (本人・家族〈続柄〉)

住所 〒 - 市 町

* 本日の受診理由をご記入下さい。

それは、いつ頃からですか。 本日の体温 ℃
身長 cm
体重 kg

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

【65歳以上の方に質問】

* 介護保険の認定はされていますか。

いいえ・はい(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)