

## 五十嵐クリニック 問診表

.....  
ふり 氏 名 ( )

住 所 (〒 - )

( 府・県 市・町・村・郡 )

電話番号 ( - - ) 携帯 ( - - )

※ 緊急時、予約の変更等でご連絡させていただく事があります。必ず連絡のつく電話番号をお書き下さい (ご実家等)

連絡はどちらの電話を希望されますか? (家 ・ 携帯)

家の電話を希望される場合、クリニックの名前をお家の方に名乗ってお電話してもよろしいですか? (はい ・ いいえ)

※ いいえの方には、五十嵐など個人名でお電話させていただきます

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 性別 男・女 ( 歳) 職業 ( )

.....  
\*本日 こちらに来られたのは? → 自分の意志・家族のすすめ・職場のすすめ・その他

\*いつ頃からどのような症状がおありでしょうか? (一番困っているのは?)

.....  
\*ご家族・ご親族で同じような症状の方はいますか? いいえ・はい → どなたでしょうか?

( )

\*今まで、どちらかで治療を受けておられましたか? いいえ・はい → どちらでしょうか?

( )

\*今までに大きい病気をしたことがありますか? いいえ・はい → 病名は何でしょうか?

( )

\*他にかけた病気はありますか? いいえ・はい → 肝臓病 糖尿病 腎臓病 心臓病 アレルギー

(○をつけて下さい)

高血圧 喘息 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃炎

その他 ( )

\*現在も治療中ですか? いいえ・はい → 薬の名前がわかれば書いて下さい

(病院名 ) 担当 先生 ( )

\* 飲み薬や注射などで発疹 (ぶつぶつ) が出たり、ショックをおこしたことがありますか?

いいえ・はい → いつ頃ですか ( )

どんな薬ですか 風邪薬 ・ 痛み止め ・ 抗生物質

名前がわかれば書いて下さい ( )

\* (女性のみ) 現在、妊娠していますか? いいえ・はい → 妊娠 ( ) ヶ月

妊娠の可能性がある

.....  
\* 下の項目に○をつけて下さい

・食欲 → あまりない ・ 普通 ・ ありすぎる

・コーヒー ・ 紅茶 ( 杯/日)

・睡眠 → 普通 ・ 不眠がち (寝つきが悪い ・ 夜中に目がさめる ・ 早朝に目がさめる)

・便秘 → 一日 ( ) 回 ・ 便秘がち (1回/ 日)

・酒類 → 飲まない ・ 週 ( ) 回ぐらい ・ 毎日飲む (日本酒 合 ビール等 本 )

・タバコ → 吸わない ・ 吸う ( 本/日)

・生理 (女性のみ) → 順調 ・ 不調 ・ 生理痛あり

次ページもご記入下さい

---

ご家族の構成についてお書き下さい

父 ( ) 歳 生・死 職業 ( )

母 ( ) 歳 生・死 職業 ( )

兄弟(姉妹)は ( ) 人で ( ) 番目

配偶者 あり → ( ) 歳 職業 ( )

なし → ( 未婚 離婚 )

子供 ( ) 人 → 年齢 ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

現在ほなたと同居されていますか? ( )

---

ありがとうございました。

\*お尋ねした個人情報には診療の目的以外では使用いたしません。また部外にこの情報を漏らすことはございません。

---