

体温 度

森町家庭医療クリニック 問診票

記入日 令和 年 月 日

住所 〒

電話番号

緊急連絡先 (携帯電話)

続柄 ()

氏名 :

年齢 :

歳

性別 : 男 ・ 女

1 本日はどのような症状で受診しましたか？

いつから

どこが

どんな症状ですか

2 現在、病院や診療所に受診していますか？

していない

している 森町家庭医療クリニック (病名)

森町病院 (病名)

その他の病院、診療所 (病名)

現在服薬しているお薬やサプリメントはありますか？

なし ・ ある (お薬手帳あり ・ なし お薬 :)

3 今までに入院したり、大きなケガや病気にかかったりした事がありますか？

ない

ある (例) ××才 高血圧、糖尿病、 ○○才 足骨折で□□病院入院 など

4 家族の方で病気にかかった方がいましたらお書きください

(例) 母 : 高血圧・脳梗塞 姉 : 糖尿病、喘息 など

5 今までに薬や食べ物で過敏症 (アレルギー) を起こしたことがありますか？

ない

ある (薬 :)

(食べ物 :)

(その他 :)

6 嗜好について

【お酒】 飲まない ・ 飲む (種類 : 量 : 合 ・ 本 / 1日)

【コーヒー・紅茶・お茶】 飲まない ・ 飲む (種類 : 量 : 杯 / 1日)

【タバコ】 吸わない ・ 吸う (1日 本)

7 過去2週間で以下の症状はありましたか？

・ いらだったり落ち込んだりすることはありますか？ ある ・ ない

・ 物事に対する喜びや興味が減ったりすることはありますか？ ある ・ ない

8 【女性の方のみ】 現在、妊娠していますか？

妊娠している (週数 週 日)

妊娠していない

9 その他必要な事、心配な事があればご記入ください