

森町家庭医療クリニック 問診票

記入日 平成 年 月 日

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 _____

どのように _____

2. 現在、他の病院、医院、クリニックに受診していますか？（病院名と病院）

していない

している（病院名： _____ 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 （ _____ 本 / 1日）

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. その他必要な事、心配な事があればご記入ください

