

問 診 票 (高校生以上)

ふりがな ()
お名前 年齢 () 歳 (男 女)
郵便番号 (-)
住所
電話 (- -)

1 今日どんな症状でいらっしゃいましたか

()
()
()

2 過去にかかれた病気がありましたら教えてください

() 歳 病名 ()
() 歳 病名 ()
() 歳 病名 ()

3 現在治療中の病気がありましたら教えてください

() 歳から 病名 ()
() 歳から 病名 ()
() 歳から 病名 ()

5 タバコはสู�いますか (いいえ はい)

はいの方にお聞きします 普通タバコ 電子タバコに分けてお答えください

普通タバコを1日 () 本を () 年間 電子タバコを1日 () 本を () 年間

6 アルコールは飲みますか (いいえ はい)

はいの方にお聞きします 複数回答でかまいません

ビールを約 () ml (週 月) () 日・日本酒を約 () ml (週 月) () 日
焼酎を約 () ml (週 月) () 日・チューハイ約 () ml (週 月) () 日
ウイスキーを約 () ml (週 月) () 日・ワインを約 () ml (週 月) () 日
その他 ()

7 薬や食品で皮膚にじんましんが起きたりからだの具合が悪くなったことがありますか (いいえ はい)

はいの方へ 原因物質がわかっていたら教えてください ()

8 当クリニックへの受診動機は (ネット 口コミ 近間だから 通りかかった かかりつけが休診)

9 その他受診動機や医師に聞きたいことなどご自由に ① ()

② ()

ありがとうございました

あきば内科循環器科クリニック