

サクラ咲くクリニック 問診票

年 月 日

フリガナ:	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
名前:			年 月 日(歳)
住所: 〒	—		
電話番号: - -	身長: cm	体重: kg	
携帯番号: - -	勤務先:		

① 今日はいかがなさいましたか？

発熱 (°C) ・頭痛 ・腹痛 ・鼻水 ・咳 ・咽頭痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・動悸 ・胸痛 ・胸苦
 プラセンタ希望 ・ミネラル点滴希望 ・禁煙外来希望 ・自然療法の相談
 その他 ()

② (上記で症状のある方は)いつ頃からですか？ ()

③ これまでに以下の病気にかかったことはありますか？ ある ・ ない

「ある」の方は当てはまるものを○で囲んで下さい。

高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 喘息 ・ その他 ()

④ 今までに手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない

手術名:

⑤ 現在、通院中の病気はありますか？ ある ・ ない

病院名:

病名:

⑥ 薬などのアレルギーはありますか？ ある ・ ない

「ある」の方は薬品名などをお書き下さい ()

⑦ 粉薬を飲めますか？ 飲める ・ 飲めない

⑧ あなたの嗜好についてお聞きします。

アルコールは飲まれますか？ 飲む ・ 時々飲む(付き合い程度) ・ 飲まない

タバコは吸われますか？ 吸う(1日 本) ・ 吸わない

⑨ 女性の方のみお答え下さい。

妊娠: している ・ していない ・ 可能性あり

授乳: している ・ していない

⑩ 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

紹介 (様) ・ インターネット ・ 電話案内 ・ 自宅または職場から近隣

⑪ お薬手帳をお持ちですか？ ある ・ ない お持ちの方はご提示ください