

No.  
診察前体温

℃

# うえだクリニック 問診票

初診日  
令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	男・女		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	身長・体重	cm ・ kg
住所	〒		
電話番号	電話番号:	携帯番号:	

0. 今日の受診は

- ・一般外来
- ・頭痛外来
- ・物忘れ外来
- ・禁煙外来
- ・AGA外来
- ・健康診断
- ・健康診断結果の相談
- ・予防接種:

1. いつから具合がわるいですか。

昨日 おととい 1週間前 その他:

2. 症状に○をつけて下さい。

- ・発熱
- ・のどが痛い
- ・せき
- ・鼻汁
- ・たん
- ・腹痛
- ・下痢
- ・嘔吐
- ・吐き気
- ・体がだるい
- ・頭痛
- ・頭部打撲
- ・物忘れ
- ・めまい
- ・耳鳴
- ・手足のしびれ
- ・手足の脱力
- ・歩きにくい
- ・しゃべりにくい
- ・怪我をした(怪我した部位は: )
- ・花粉症
- ・その他:

3. 現在治療中の病気はありますか。(他院の処方薬があれば診察室でお薬手帳等をお見せください。)

はい{高血圧・糖尿病・高脂血症・痛風・脳梗塞・脳出血・狭心症・心筋梗塞・不整脈・不眠症・  
いいえ  
その他の病気:

4. 現在、他の病院にかかっていますか。

はい{病院名: 診療科: }  
いいえ

5. 過去に通院治療や手術を受けたり入院した病気がありますか。

はい{病名: 手術: 有 無 病院名: }  
いいえ

6. 薬のアレルギーや副作用がでたことがありますか。

はい{薬品名: 症状: }  
いいえ

7. 食物アレルギーはありますか。

はい{食品名: 症状: }  
いいえ

8. 同居の御家族も含め、2週間以内に発熱 咳 咽頭痛等の症状がありましたか。

はい{誰が: 症状: } いいえ

9. 2週間以内に海外渡航をしましたか。

はい{国名: } いいえ

10. 女性の方へ

- ・妊娠 している: 週 していない
- ・授乳 している: か月 していない

11. 当院をどこでお知りになりましたか。

知人の紹介・ホームページ・広告・通りがかり・その他{