

受付番号：

カルテ番号：

問診票



おおたきクリニック

フリガナ	平成 年 月 日
お名前 (男・女)	
生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳 [1歳未満の場合 ヶ月])	
ご住所 〒 () 市	
TEL 自宅 携帯	
身長 cm 体重 kg	

- ① 本日はどのような症状で来院されましたか？
[]
- ② 現在飲んでいる薬はありますか？
いいえ はい (薬剤名:)
- ③ 今までにかかった病気はありますか？
いいえ はい [緑内障・前立腺肥大・不整脈
その他]
- ④ アレルギーはありますか？
いいえ はい [花粉: 食物:
薬:]
- ⑤ 血縁のあるご家族/ご親戚に病気はありますか？
いいえ はい [高血圧・高脂血症・糖尿病・がん
喘息・アトピー・その他]
- ⑥ アルコールを飲みますか？
いいえ はい [時々・2-3日おき・ほぼ毎日
ビール・日本酒・焼酎・その他]
- ⑦ タバコを吸いますか？
いいえ はい (1日 本、 歳から)
- ⑧ 皮膚の消毒(アルコール綿など)で
かぶれた事がありますか？
いいえ はい (症状:)
- ⑨ (女性の方) 妊娠の可能性はありますか？
いいえ はい (妊娠 ヶ月)、授乳中

以上です。ご協力ありがとうございました。