



成人用 問診票

せせらぎクリニック Seseragi Clinic

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日	歳
お名前	男 女						
住所	〒 -						
電話番号()	-	携帯番号	-	-	-	-	-

※個人情報 は 当院で定めた利用目的の範囲で使用します。

体温: 度 身長: cm 体重: kg

1.どのような症状ですか？(具体的にお聞かせください。)

2.その症状はいつ頃からですか？

3.現在他の病院やクリニックに通院していますか？
していない ・ している… どんな病気ですか？具体的にお書きください

4.現在飲んでいらっしゃるお薬はございますか？
ない ・ ある… どんなお薬ですか？具体的にお書きください(お薬手帳があればご提出ください)

5.今まで手術をうけたことがあればお書きください？

いつ? どこで? どのような?

6.今まで手術以外で入院治療をうけたことがあればお書きください？

いつ? どこで? 病名

7.たばこはお吸いになりますか？
吸わない ・ 吸う(一日 本 年間)

8.お酒はお飲みになりますか？
飲まない ・ 飲む(およそ一日 ビール 本 日本酒 合)

9.女性の方にお尋ねします。
現在、妊娠している。または妊娠している可能性はありますか？
していない ・ している(可能性がある)

10.今まで何かアレルギーを指摘されたことはありますか？
ない ・ ある … どのようなアレルギーですか？

11.お薬のリクエストはありますか？
ない ・ ある … 具体的にお書きください(例:できれば錠剤希望、粉薬ダメ、漢方ダメ)
