

## 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. 本日はどうされましたか？いつからどのような症状が出ているか、具体的にお書き下さい。

[ \_\_\_\_\_ ] 体温 \_\_\_\_\_ °C

●海外渡航中、もしくは帰国後に上記の症状が出た方はご記入ください。

⇒（渡航期間： \_\_\_\_\_ 渡航先： \_\_\_\_\_）

## 2. 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい （病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）  
（病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）

## 3. 現在、内服している薬はありますか？

いいえ ・ はい （薬の名前 \_\_\_\_\_）

## 4. 過去に大きな病気やケガをされたことはありますか？

いいえ ・ はい （病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）  
（病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）

## 5. 手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい （病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）  
（病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳）

## 6. 輸血を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい

## 7. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい ・ 花粉 ・ 食物 ・ ダニ ・ 動物 ・ ハウスダスト  
・ 薬 ( \_\_\_\_\_ )

## 8. 家族（血縁者）で下記の病気にかかれた方はいますか？それはどなたですか？

・ 該当なし ・ 高血圧 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 糖尿病 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 結核 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 脳血管障害 ( \_\_\_\_\_ )  
・ 甲状腺疾患 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 癌 ( \_\_\_\_\_ 部位： \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 9. 生活習慣についてお聞かせ下さい。

1) 飲酒 : 飲まない ・ やめた ・ 飲む → 種類 : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 杯/日、 \_\_\_\_\_ 回/週)  
2) 喫煙 : 吸わない ・ やめた ・ 吸う → ( \_\_\_\_\_ 本/日、 \_\_\_\_\_ 年間)

## 10. 女性の方にお伺いします。

・ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

・ 最終月経はいつですか？ ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日から ( \_\_\_\_\_ ) 月 ( \_\_\_\_\_ ) 日

\* 個人情報の取り扱いについて \*

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。  
当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。  
検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。

医療法人社団 丸の内クリニック

上記の内容を同意して診療を申し込みます。