

赤羽画像クリニック 問診表



ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名	様	生年月日	大正・昭和・平成・令和 _____年____月____日		
住所	〒 _____	都道府県	市町 村区		
電話番号	(自宅) (_____)	-	(携帯番号)	-	-

紹介状 無 ・ 有 → 病院名: _____

当院を受診されたきっかけについて該当する()内に○を記入してください。
 ()自宅あるいは職場から近いから ()評判を聞いたから ()ホームページを見て ()医療機関の紹介
 ()当院かかりつけの患者さんから勧められたから ()ホームページ以外のネット情報・SNS をみて
 ()電柱広告を見て ()チラシを見て ()外観を見て ()その他:

1. 今日は、どのような症状でいらっしゃいましたか？
 具体的な発症日時、症状の部位、頻度、持続時間をご記入ください

2. 現在、治療中の病気や飲んでいるお薬がありますか？ ※お薬手帳をご提示下さい
 病名・お薬の名前・かかられている医療機関名をご記入ください

3. 今までに、大きな病気をしたことがありますか？
 具体的な発症日時、症状の部位、治療を行った医療機関をご記入ください

無・有(_____)

4. 血縁関係のあるご家族にご病気の方はいらっしゃいますか？それはどなたですか？
 狭心症・心筋梗塞(無・有: _____)、糖尿病(無・有: _____)、高血圧(無・有: _____)
 脳梗塞・脳卒中(無・有: _____)、癌(無・有: _____)

5. 薬や食べ物でアレルギーがありますか？
 無・有(種類・症状: _____)

6. 普段、運動をしていますか？(何をどれくらい)
 していない・している(内容: _____)

7. 最近3か月のあいだに、海外へ行きましたか？
 いいえ・はい(国名: _____ 期間: _____)

8. 直近1年間に健診(特定健診及び高齢者健診)を受けられましたか？
 いいえ・はい(受診時期: _____ 指摘事項: _____)

9. 思い当たるところがあれば、○印をお付けください
 タバコ: 吸わない・吸う・吸っていた(_____ 歳～ _____ 歳まで 1日 _____ 本を _____ 年間)
 お酒: 飲まない・飲む・飲んでいた(_____ 歳～ _____ 歳まで _____ を1日 _____ 位)

10. 【女性の方】現在、妊娠されていますか？または、その可能性がありますか？
 無・有(週数: _____)

11. 【新型コロナに感染したことのある方】感染回数と検査方法を教えてください。
 感染回数: _____ 回 検査方法: PCR検査 ・ 抗原検査 ・ 抗体検査