

ふくおかクリニック問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？

☐痛い（☐頭 ☐のど ☐胸 ☐おなか ☐背中 ☐その他（ ））
☐熱 ☐鼻水・鼻づまり ☐咳・たん ☐吐き気 ☐胸やけ ☐動悸・息切れ ☐心臓が気になる
☐胃が痛い ☐胃がもたれる ☐胃が重い ☐便に血が混じる ☐便秘 ☐下痢 ☐食欲低下
☐尿に血が混じる ☐尿が近い ☐排尿時に痛みがある ☐むくみ ☐めまい・ふらつき ☐不眠
☐皮膚のかゆみ ☐血圧が気になる ☐健康診断希望 ☐その他（ ）

症状はいつ頃からありますか？ 約（ ）日・週間・ヶ月・年前から

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

☐なし ☐あり（ ）

現在、治療中の病気はありますか？

☐なし ☐あり（ ）

現在、飲んでいるお薬（市販薬やサプリメント含む）はありますか？

☐なし ☐あり（ ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：☐吸わない ☐吸う（ 本/日 × 年間）
☐禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒：☐飲まない ☐飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギー（気分が悪くなったり、じんましんが出たりする）はありますか？

☐なし ☐あり（ ）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐いいえ ☐はい（☐妊娠中 ☐妊娠の可能性あり ☐授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

☐インターネット ☐看板 ☐知人 ☐通りがかり ☐その他（ ）