

土屋記念クリニック問診票

お分かりになる範囲でご記入ください。

こちらにご記入いただく内容については、診断のためにのみ使用させていただき、個人情報として厳重に管理いたします。正しい診断結果を得るためにも、可能な限りご記入いただきますようお願い申し上げます。

受診日 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日
		性別・年齢	男 女	歳
住所	〒 -			
電話番号	自宅： ()	携帯： ()		

身長	cm	※ここ最近、体重の増減はありますか ⇒	<input type="checkbox"/> 増えた _____ か月で _____ kg
体重	kg		<input type="checkbox"/> 減った _____ か月で _____ kg
			<input type="checkbox"/> 変化なし

該当するものに『 』または、ご記入をお願い致します

1. 今日どのようなことでいらっやいましたか？ 痛みのある場合は、その部位もお書きください。

	いつごろ	内容
①		
②		
③		

2. 今までにかかった病気はありますか？

ない

ある（下記に↓できるだけ詳しく教えてください）

発症年齢	病名	治療経過	現在治療中	手術	輸血
(例)48歳	高血圧	〇〇病院で内服治療	○	あり (なし)	あり (なし)
歳				あり なし	あり なし
歳				あり なし	あり なし
歳				あり なし	あり なし
歳				あり なし	あり なし
歳				あり なし	あり なし
歳				あり なし	あり なし

3. 現在、ご使用の薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの場合、受付にご提示ください。

ない ある ⇒薬剤名

サプリメント・健康食品

裏面もご記入ください

