

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

