

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		生年月日	大正 昭和	年	月	日
氏名			平成 西暦	年	月	日
		性別・年齢	男 女	歳		
住所	〒 —					
電話番号	自宅： ()		携帯： ()			
職業	会社員 ・ 自営業 ・ 学生 ・ 無職 ・ その他 ()					

身長	cm
体重	kg

※ここ最近、体重の増減はありますか ⇒

- 増えた ____ か月で ____ kg
 減った ____ か月で ____ kg
 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しゃいましたか？ 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

