

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 <input checked="" type="checkbox"/> なし	あり <input checked="" type="checkbox"/> 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

4.アレルギーはありますか？

①薬 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

②食べ物 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

③造影剤 ない ある ⇒

内容	症状
----	----

④その他 (ゴム、ラテックス、アルコール綿など)
ない ある ⇒

内容	症状
----	----

5.体の中にインプラントはありますか？

ない ある ⇒ 歯 人工物 ペースメーカー その他

6.飲酒について

ない ある ⇒ 週 () 日 / 種類・量 ())
過去に飲酒していた ⇒ () 歳まで

7.喫煙について

ない ある ⇒ () 歳から1日 () 本
過去にすっていた ⇒ () 歳から () 歳まで 1日 () 本すっていた

8.ご家族の既往歴について、できるだけ詳しくご記入ください。

ない ある

続柄	性別	年齢	生存	既往歴	同居	氏名
(例)祖父 (父方)	男	90	×	肺がん	×	土屋 太郎
(例)母	女	65	○	なし	○	土屋 花子

9.女性のみお答えください

★妊娠 なし あり ⇒ () 週
★授乳 なし あり ⇒対象のお子様()歳()か月
★最終月経 ()月()日～()月()日/月経周期()日
★閉経 () 歳

10.当院をどのようにお知りになりましたか？

親族・知人紹介 インターネット () ホームページ 診療アプリ「CLINICS」
看板を見て 雑誌・新聞 () その他 ()