

# 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 平成 西暦	年 月 日
氏名		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 <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 ( )