

問診票

円滑な診療のため診察前に問診票の記入にご協力下さい 内容でご不明な点は窓口までお訊ね下さい

お名前 _____

1. どちらで当クリニックを知りましたか？

看板を見て 知合いに聞いて ホームページで チラシを見て

2. 今日はどういった理由でおかかりでしょうか？

[_____]

3. おタバコは吸いますか？または吸っていた事がありますか？

[1日平均何本でしょう？
本/日] [合計何年間喫煙していました？
年間] [止めてから何年になります？
年]

4. 今現在の飲酒量・機会を教えてください

[週何回機会があります？
回/週] [1回に飲むアルコールはビールで何mL相当でしょう？
mL]

5. 親戚でご病気だった方はいますか？

[_____]

(※例 父：高血圧症・心筋梗塞、母：乳癌、兄：糖尿病)

6. その他にも気がついた症状があれば教えてください

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ここ1年間体重の増減は？ () | <input type="checkbox"/> 便通に問題は？ () |
| <input type="checkbox"/> 食欲は十分ありますか？ () | <input type="checkbox"/> 排尿で困った事は？ () |
| <input type="checkbox"/> 眼で気になる事は？ () | <input type="checkbox"/> 陰部で気になる事は？ () |
| <input type="checkbox"/> 耳で気になる事は？ () | <input type="checkbox"/> 体を動かす時に気になる事は？ () |
| <input type="checkbox"/> 鼻で気になる事は？ () | <input type="checkbox"/> 仕事が手に付かないという経験は？ () |
| <input type="checkbox"/> 口で気になる事は？ () | <input type="checkbox"/> 手足に不自由を感じた経験は？ () |
| <input type="checkbox"/> 咽で気になる事は？ () | <input type="checkbox"/> 話をする時に不自由は？ () |
| <input type="checkbox"/> 頸周りで腫れたものは？ () | <input type="checkbox"/> 体力が落ちたなど感じる事は？ () |
| <input type="checkbox"/> 乳房で腫れたものは？ () | <input type="checkbox"/> 一寸した事で青アザが出来た事は？ () |
| <input type="checkbox"/> 階段昇降時の息切れは？ () | <input type="checkbox"/> 就寝中シャツを変える程汗をかく？ () |
| <input type="checkbox"/> 咳や痰はないですか？ () | <input type="checkbox"/> 寒い所が苦手になりました？ () |
| <input type="checkbox"/> 胸が痛かった経験は？ () | |

ID : _____

※事務で記載しますので空欄のままでも結構です

タツノ内科・循環器科
<http://www.tatsuno-clinic.com>

