

葛西よこやま内科・呼吸器内科クリニック問診票

20 年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ (フリガナ)

(以下新規の方、変更がある方はご記載ください)

生年月日: (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 性別: 男・女

住所: (〒 - ) \_\_\_\_\_

電話番号 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

1. 本日はどうされましたか？

せき たん ゼイゼイする 息苦しい 熱 のど 鼻水 鼻づまり その他(下記に記載下さい)

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 症状はいつからですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 以下の疾患にかかったことはありますか？

喘息 長引く咳 アレルギー性鼻炎(花粉症) 緑内障(りよくないしょう) 前立腺肥大 糖尿病

4. 現在通院中の病気とお薬について教えてください (分かる範囲でかまいません)

なし あり [ \_\_\_\_\_ ]

5. 過去に大きな病気や手術をされていたら教えてください

なし あり [ \_\_\_\_\_ ]

6. お薬や食べ物などでアレルギーが出たことがありましたら教えてください

なし あり [ \_\_\_\_\_ ]

7. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠中や授乳中ではありませんか？

なし 妊娠中 授乳中

8. タバコについて(過去もしくは現在吸っている方は本数と期間も教えてください)

吸ったことがない 吸っている ( )年間 × 1日に( )本くらい

禁煙した ( )年前 ( )年間 × 1日に( )本くらい

9. 心配なことや聞きたいことがありましたらお書きください。(足りない場合は裏面をご使用ください)