

# 樹のはなクリニック問診票

ID

この問診票に記載していただく事柄は、患者さんの診療記録（カルテ）を作成するために使用します。ご記入にご協力下さい。

初診日 年 月 日

ふりがな

男

お名前

女

生年月日

明治・大正

昭和・平成

年 月 日

ご住所

お電話番号

ご自宅:

-

-

患者さんへ当クリニックよりご連絡を差し上げる  
場合がございます。ご了承頂けない方は、下記を  
で囲んで下さい。 **了承しない**

(連絡がとれるところ)

携帯番号:

-

-

1. 本日の受診目的を下記より選び  にレ印をご記入ください。

内科の診療  禁煙外来  物忘れ外来  検査診断書などの書類自由  
診療ストレス測定  血管年齢測定  にんにく注射 その他のご相談 

2. いつ頃から、どのような症状ですか？

3. 通院中の病気はありますか？

いいえ  はい  (病名: \_\_\_\_\_)

4. いつも内服している薬はありますか？

今回の症状で他院で処方された薬があればそれをご記入ください。

いいえ  はい 

5. アレルギーはありますか？(薬・食べ物・花粉症なども含みます。)

いいえ  はい  (どのようなアレルギーですか？ \_\_\_\_\_)

6. 今までにおおきな病気にかかったことはありますか？

いいえ  はい  (病名: \_\_\_\_\_ いつ頃: \_\_\_\_\_)

7. 今までに輸血を受けたことはありますか？

いいえ  はい  (何年くらい前ですか？ \_\_\_\_\_)

8. ご家族で下記の病気にかかっている方はいますか？

いいえ  はい  (高血圧・心臓病・糖尿病・高脂血症・甲状腺・結核・がん・脳疾患等)

9. たばこは吸いますか？

吸わない  吸う  \_\_\_\_\_ 本/日 やめた  やめたい 

10. 飲酒はしますか？

飲まない  飲む 

11. トイレの悩みはありますか？

ない  ある  (頻尿・夜間にトイレに行く・間に合わない・濡れてしまう・その他)

12. 当クリニックを知ったきっかけをお教えてください。

看板  ホームページ  折込広告  他院からの紹介  その他 \_\_\_\_\_

13. お薬を処方する際、後発医薬品(ジェネリック)を希望されますか？

希望する  希望しない  どちらでも良い 

14. 女性の方のみお答えください。 妊娠 (有・無) 授乳 (有・無)