



大山クリニック

内科 / 血液内科

問診票

ふりがな お名前	生年月日 T/S/H/R 年 月 日	性別 男 ・ 女
住所 (〒 -)		
自宅電話番号 - -	携帯電話 - -	

自宅、携帯両方お持ちの方はできる限り両方お書きください。

●今日はどのような症状でお困りですか。受診目的をご記入してください。

[]

・最近身近で新型コロナウイルスにかかった方はいますか？ なし あり

●現在、治療中の病気 なし あり

・「あり」の方は病気を○で囲んでください。

[・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・痛風 ・心臓病 ・不整脈 ・腎臓病
・肝臓病 ・脳卒中 ・喘息 ・緑内障 ・その他 ()]

●過去今までに病気、手術をされたことはありますか？ なし あり

病名 [] いつ頃 []

●今飲んでいるお薬はありますか？ なし あり

お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

[]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

「あり」の方は何のアレルギーですか？

[]

●生活習慣病について

・お酒 飲む 飲まない

・たばこ 吸う (1日 本 年) 吸わない 禁煙した
(年前から)

●女性の方にお伺いします。 ・妊娠の有無 なし あり

●当院へお越しになったきっかけを教えてください。 ご紹介(様) ポストチラシ

広部クリニックに通っていた 郵便局 駅看板

今木町看板 ホームページ

(検索ワード:)