

大里クリニック問診表

名前： _____ Date： _____

1、本日の診察の理由、症状（いつ頃から どんな症状）

2、服用している薬の名前（処方薬、市販薬、ビタミン剤、サプリメントなど含む）

ここからは、初診の方はすべてご記入下さい。再診の方は、前回と違うことがあればご記入下さい。

3、薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？ ・はい ・いいえ
はいに○をつけた方は、薬名や反応など詳しくご記入下さい。

4、既往歴をすべてご記入下さい（慢性病、入院歴、手術、その他）

5、家族の既往歴（家族の高血圧、心疾患、癌、脳血管障害、糖尿病、遺伝病、先天性疾患、精神疾患、その他）特に**癌や心疾患の場合は、その診断された年齢もご記入下さい。**

6、職業

7、タバコ ・吸わない ・吸う（ 本 / 日程度） ・以前は吸っていたが今は止めている

8、アルコール ・飲まない ・飲む（ / 日程度） ・ときどき飲む（ /日程度）

9、カフェイン ・飲まない ・飲む（ 杯 / 日程度）

10、運動 ・していない ・している（どの程度）（種類）

11、女性の方はご記入下さい。 最終月経の開始日（ ）

閉経になった年齢（ 歳）

妊娠の有無 ・はい（ 週目） ・いいえ ・わからない

ご記入ありがとうございました。診察の際、担当医師へさらに詳しくお話下さい。
ご記入いただいた内容は秘密厳守いたします。