内科・生活習慣病
くらしクリニック

問診票

令和　　年　　月　　日

ふりがな	生年月日	男　・　女
お名前	T・S・H　　年　　月　　日	
ご住所	〒　　-	
お電話番号 優先に☑してください	□（自宅）　　-　　-	□（携帯）　　-　　-

今日はどうされましたか？ 当てはまる症状がありましたら、チェック☑を付けてください。	□発熱（　　℃）　□のどの痛み　□せき・たん　□息苦しい □鼻水・鼻づまり　□頭痛　□ふらつく　□めまい □体がだるい　□腹痛　□下痢　□便秘 □食欲がない　□吐き気・嘔吐　□関節の痛み　□腰痛 □トイレが近い　□血圧が高い（　　mmHg） □健康診断などの結果（　　） □その他（　　） その症状は、いつごろからですか？　（　　）
現在治療中の 病気はありますか？	□なし　□あり □高血圧　□高脂血症　□糖尿病　□痛風 □不整脈　□喘息　□緑内障　□関節リウマチ その他（　　）
今飲んでいる お薬はありますか？	□なし　□あり おくすり手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にお出しください。 （　　）
今までに入院や手術を されたことはありますか？	□なし　□あり ・いつ　・病名　（入院/手術）・病院名 ・いつ　・病名　（入院/手術）・病院名 ・いつ　・病名　（入院/手術）・病院名
薬や食べ物の アレルギーはありますか？	□なし　□あり （　　）
生活習慣について	お酒　□飲まない　□飲む たばこ　□吸わない　□吸う（１日　　本　　年間）　□禁煙した（　　年前）
女性の方に伺います	現在妊娠中（可能性がある）ですか？　□いいえ　□はい 授乳中ですか？　□いいえ　□はい

当院はオンライン資格確認上の情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
＊ 医療情報取得加算（初診）　1点