

かみくまクリニック 内科問診票

令和 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所			電話番号
			職業

● 本日はどうされましたか？

● その症状はいつから、どのような経過ですか？

● 今までに大きな病気、手術、入院などされたことはありますか？
いいえ・はい ()

● 現在、治療中の病気はありますか？
いいえ・はい ()

● 現在、内服中の薬はありますか？
いいえ・はい ()

● アレルギーはありますか？ いいえ・はい ()

● 普段の生活について教えてください。
 ・たばこ 吸わない・吸う・吸ってた 1日約 本 歳から 歳まで・今まで
 ・お酒 飲まない・飲む・ 週 回程度 お酒の種類 量 ml前後

● 女性の方へ
 妊娠中 (はい・いいえ) 妊娠の可能性 (はい・いいえ) 授乳中 (はい・いいえ)

● 体重について
 ・最近増減がありましたか？ いいえ・はい (ヶ月で kg 増えた・減った)
 ・過去の最高体重を教えてください (歳 kg)
 ・20歳の時の体重を教えてください (kg)

● 血縁に次の疾患が該当される場合は○印をご記入下さい

	糖尿病	高血圧症	高脂血症	心疾患	脳卒中	甲状腺
父・母						
兄弟・姉妹						

★ マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されたくない方は、右記にチェックをお願いします □

※ 病院記入欄 (こちらは記入しないでください)

身長 cm 体重 kg BMI
 血圧 / mmHg 脈拍 /分 SPO2 %