

ごうクリニック 問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ お名前		男 ・ 女	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	歳	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
電 話	-		-		身長	cm、		体重	kg

1. 現在、治療中の病気がありますか。

病 名 _____

お薬の名前 _____

病院名 _____

2. 今までに、かかった病気はありますか。○をつけてください。

緑内障、 網膜色素変性症、 前立腺肥大、 ぜんそく、 花粉症、 アレルギー性鼻炎
糖尿病、 高血圧、 心臓病、 肝臓病、 腎臓病、 脳出血、 脳梗塞
その他 (_____)

3. 薬や注射のアレルギーや、食べ物アレルギーはありますか。じんま疹やショックなど。

いいえ、 はい (名前を教えてください。 _____)

5. タバコは吸いますか。

吸ったことはない、禁煙した (_____ 年前)、吸っている (1日 _____ 本 _____ 歳頃から)

6. アルコールは飲みますか。

飲まない、 1日に焼酎 _____ 合、 日本酒 _____ 合、 ビール _____ ml
その他 (_____)