辻堂太平台クリニック　問診票　　　　　　No.

記入日　　　　年　　月　　日　　　　紹介状（あり・なし）

ふりがな 氏　名		生年月日 年齢　性別	昭・平・令　　　年　月　日 歳　　　男 ・ 女
住　所　〒		電話番号	自宅　　（　　） 携帯　　（　　）
マイナンバーカードによる診療情報取得		□同意する	□同意しない

身長　　　　cm　体重　　　　kg　来院時体温　　　　℃

1．本日はどのような理由で受診されましたか。
□診察　□定期受診　□健康診断　□予防接種　□その他 いつから： どこが： どのように： 困っていること、つらいこと：
2．現在、なんらかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。
病名： 内服薬：
3．手術歴はありますか。
□いいえ　□はい→手術名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
4．薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか。
□いいえ　□はい→薬・食品名（　　　　　　　　　　　　　　　　）
5．飲酒はされますか。
□飲まない　□付き合い程度　□ほぼ毎日飲む　→　何を？（　　　　）x（　　　）ml/日
6．たばこは吸いますか。
□吸ったことがない □以前は吸っていた　→1 日（　　）本 x（　　）年間（西暦　　　年まで） □吸っている　→1 日（　　）本を（　　）歳から
7．女性の方へ
妊娠中ですか　□いいえ　□はい→（　　）週　□不明 授乳中ですか　□いいえ　□はい
8．クリニックまでの交通手段
□徒歩　□自転車　□車　□その他（　　　　　　　　　　　　）