駒込かせだクリニック

記入日　　年　　月　　日

総合 問診票

※ あてはまるものに☑をつけ、空欄には記入してください。

【再来の方へ】住所・電話番号に変更がなければ右に○をつけてください　→　**変更なし**	
（ふりがな）	
お　名　前	
生年月日・性別	昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）・☐ 男　☐ 女
住　　所	〒
電話番号	自宅：　　携帯：

来院目的	☐ 相談・治療　☐ 転医希望　☐ 健診　☐ 診断書　☐ 介護申請 ☐ 検査（具体的に：　　）　☐ 注射・点滴
持参書類	☐ なし　☐ 紹介状　☐ 健診報告書　☐ その他（　　）

発症日	月　　日ごろから
症状の部位	☐ 痛み　☐ あたま　☐ のど　☐ 胸　☐ おなか　☐ その他（_____）

気になる症状(複数可)：

☐ 発熱・ほてり
☐ 鼻水・鼻づまり
☐ 咳・たん
☐ 息苦しい
☐ のどの痛み
☐ 食欲低下
☐ 腹痛
☐ 下痢
☐ 便秘
☐ 吐き気・嘔吐
☐ 不眠・うつ
☐ その他（　　）
☐ 動悸
☐ むくみ
☐ めまい・ふらつき
☐ 皮膚のかゆみ
☐ 食欲低下

裏面もご記入ください

現在もっている病気 **(複数可)**	☐ なし
	通院中：☐ 内科　☐ 整形外科　☐ 耳鼻科　☐ 皮膚科　☐ 眼科 ☐ 泌尿器科　☐ 心療内科・精神科　☐ 外科　☐ その他 病院名：
	病名：☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常症　☐ 高尿酸血症　☐ 喘息　☐ 心疾患 ☐ 不整脈　☐ 緑内障　☐ 前立腺肥大　☐ 癌　☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 精神疾患　☐ 腎疾患　☐ 骨粗鬆症　☐ その他（　　）
現在飲んでいる薬	☐ なし　☐ あり（お薬手帳を持参の方は受付にご提示をお願いします） 薬の名前：

これまでにかかった病気 **(複数可)**	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 心臓病　☐ 高脂血症　☐ 脳の病気　☐ 肝臓病 ☐ 腎臓病　☐ 胃／十二指腸潰瘍　☐ 喘息　☐ 緑内障　☐ 前立腺肥大　☐ 甲状腺 ☐ その他（　　）
アレルギー	食べ物・薬　☐ あり（具体的に：　　）　☐ なし
喫　　煙	☐ 喫煙する（1 日約　　本、　　年前から）　☐ 喫煙しない
飲　　酒	☐ 飲酒する（種類：　　量：　　ml・本/日）　☐ 飲酒しない
近親者の病歴	☐ あり（例 父：糖尿病など →　　）　☐ なし

半年以内の健診受診 **【40～76 歳未満の方】**	☐ 受診あり　☐ 受診なし　☐ 該当年齢外
介護認定の有無 **【40 歳以上の方】**	☐ なし　☐ 非該当　☐ 自立　☐ 要支援 1　☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1　☐ 要介護 2　☐ 要介護 3　☐ 要介護 4　☐ 要介護 5
明細書・領収書の発行	☐ 簡易（点数と金額のみ）　☐ 詳細（検査項目名まで記載）
当院をお知りになったきっかけ	☐ ホームページ　☐ 知人・家族の紹介　☐ 近所だから ☐ その他（　　）

気になること・医師への申し伝え	

※ご協力ありがとうございました。受付にお渡しください。