海老名ピープルクリニック問診表

初診日

氏名　　様　身長　　cm　体重　　kg

体温　　℃

1. 今回はどういう症状がありますか？（☑をつけてください）

☐ 胸痛 ☐ 動悸 ☐ 息切れ ☐ いびきがひどい ☐ 昼間眠気がひどい
☐ 血圧が高い ☐ 健康診断で再検査・要治療になった（項目　　）
☐ 風邪症状（咳・鼻水など） ☐ その他の症状の方は下に記入してください

（　　）

2.今まで病気にかかった事がありますか?（入院したり、現在通院中の病気など）

☐ はい　☐ いいえ

“はい”と答えられた方は病名と飲んでいる薬を教えてください。

（例：高血圧でアダラートを飲んでいる
前立腺肥大で通院中
緑内障を治療中など）

3. ご家族で病気にかかっている方や病気だった方はいますか？

☐ はい　☐ いいえ

（例：父が糖尿病、母が血圧が高いなど）

4. お薬や食べ物などアレルギーはありますか？

☐ ない　☐ ある（食べ物：　　薬：　　）

5. お酒は飲みますか？

☐ はい　☐ いいえ　どれくらい飲みますか？(　　杯 / 日)

6. タバコは吸いますか？

☐ はい　☐ いいえ　どれくらい吸いますか？(　　本 / 日)

7. 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠していますか？　☐ はい　☐ いいえ　☐ わからない
現在、授乳中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

8. 当院をどのようにして知りましたか？

☐知人や他院からの紹介　☐インターネット（ホームページなど）☐看板
その他（　　）