



MIZUTANI CLINIC

問診票

体調がつらい中、ご記入ありがとうございます。

わからない項目は空欄で大丈夫です

(スタッフが一緒に確認します)。

※該当する○に✓を入れ、()内はご記入ください。

フリガナ		受診日	年 月 日
氏名		診察券 No.	
生年月日	年 月 日	年齢	歳

1 今日の症状・ご相談 (できるだけ詳しく)

2 いつから	<input type="radio"/> 今日 <input type="radio"/> 昨日 <input type="radio"/> 3日以内 <input type="radio"/> 1週以上
3 発熱	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (最高 °C)

4 今までの病気 (該当するもの)

○高血圧	○糖尿病	○脂質異常症	○心臓病	○脳卒中	○肝臓病	○腎臓病	○喘息／肺の病気
○甲状腺の病気	○がん (部位：)	治療内容： ()	○その他 ()				

5 手術歴 ○なし ○あり (内容：)

6 現在飲んでいる薬

お薬手帳：○持参 ○なし / ○薬は飲んでいない

7 アレルギー	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (内容：)
8 たばこ	<input type="radio"/> 吸わない <input type="radio"/> 吸う (本／日) <input type="radio"/> やめた (年前)
9 お酒	<input type="radio"/> 飲まない <input type="radio"/> 飲む (週 回) 量：

※ご気分が悪い場合や記入が難しい場合は、遠慮なくスタッフにお声かけください。