

基本問診票（中学生以上）

千葉駅すばるクリニック

年 月 日

ふりがな お名前	男・女		生年月日	大・昭・平 年 月 日（ 歳）		
	〒			連絡先	自宅： 携帯：	
身長/体重	cm kg		メールアドレス			

\* 定期服用の薬や 1 週間以内に飲んでいる薬ありますか？

※お薬手帳や薬の名前が明記されているものがありましたら受付にお見せください。

いいえ ・ はい はいの方→（病名： ）  
（薬名： ）

市販薬/お薬手帳あり/お薬手帳忘れ/常用で飲んでいる/残り【 】日分あり

\*のみ薬・注射・麻酔（歯の治療等）で問題が起きたことはありますか？

なし ・ あり ありの方→（ ）

\*牛乳・卵・その他食物のアレルギーはございますか？

なし ・ あり ありの方→（ ）アレルギー  
（いつ/症状など： ）

\*たばこを吸いますか？

\*飲酒はしますか？

いいえ ・ はい（1日 本/年数 年） いいえ ・ はい（毎日・週 日位）

\*今までにご自身がかかった病気があれば○をつけてください。

\*また、継続して治療している病気があれば◎をつけてください。

- \*生活習慣病 【糖尿病・高脂血症・高血圧】
- \*肺・気管支の病気 【結核・喘息・慢性気管支炎・肺気腫・その他（ ）】
- \*甲状腺の病気 【バセドウ病・橋本病・その他（ ）】
- \*心臓の病気 【狭心症・不整脈・心不全・頻脈動悸・心筋梗塞・その他（ ）】
- \*胃・十二指腸の病気 【胃炎・胃潰瘍・十二指腸炎・十二指腸潰瘍・その他（ ）】
- \*肝臓の病気 【B型肝炎・C型肝炎・肝硬変・脂肪肝・その他（ ）】
- \*脳血管の病気 【脳動脈硬化症・脳梗塞・脳内出血・その他（ ）】
- \*悪性腫瘍 【（部位名 ）治療中・完治】
- \*皮膚病 【慢性痒疹・帯状疱疹・蕁麻疹・アトピー・その他（ ）】
- \*目の病気 【緑内障・その他（ ）】
- \*耳鼻科の病気 耳（ ） 鼻（ ） 喉（ ） 他（ ）

\*女性の方のみお答えください。

妊娠中ですか？ いいえ ・ はい はいの方→（現在 月/出産予定日 月 日）  
授乳中ですか？ いいえ ・ はい

2枚目のご記入もよろしくお願い致します。