

つげの木内科クリニック/つげの木海老名健診センター問診票

年 月 日

フリガナ	住所 〒	
氏名		
	男・女	
生年月日		
明・大・昭・平		
年 月 日 (歳)	電話番号	自宅 携帯

※処方内容など緊急連絡の可能性があります。上記に変更のある際はご連絡ください

◆来院理由	<input type="checkbox"/> セキ <input type="checkbox"/> タン <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> ゼイゼイする <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 喘息の発作 <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群について <input type="checkbox"/> その他 ()					
体温	℃	身長:	cm	/	体重:	kg

既往歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 慢性副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> ない					
手術歴	病名(部位など) :				
<input type="checkbox"/> ない	いつ(年齢など) :				
他院通院	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	通院先名	服用薬	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない		薬の副作用	<input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない	
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う 1日()本 喫煙歴()年 <input type="checkbox"/> 吸っていたがやめた 1日()本 ()歳~()歳 <input type="checkbox"/> 吸わない		粉じんの吸入歴はありますか?	<input type="checkbox"/> ある 種類() 職業() <input type="checkbox"/> ない	
飲酒	<input type="checkbox"/> ある 1日()ml 週()回 <input type="checkbox"/> ない		動物を飼育していますか?	<input type="checkbox"/> はい 種類() <input type="checkbox"/> いいえ	
女性の方妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> ある 妊娠()週目 <input type="checkbox"/> ない		海外渡航歴(1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> ある いつ() 場所() <input type="checkbox"/> ない	
	<input type="checkbox"/> 授乳中				

※当クリニックでは個人情報保護方針に基づき適切に管理しております 2020.1 改