

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	電話番号	自宅
明・大・昭・平	携帯	
年 月 日 (歳)		

※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

セキ タン 息切れ ゼイゼイする 発熱 のどの痛み 喘息の発作
 睡眠時無呼吸症候群について その他 ()
 健康診断

体温 °C 身長: cm / 体重: kg

既往歴

高血圧 糖尿病 脳梗塞 脳出血 心疾患 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍
 がん 甲状腺疾患 前立腺肥大 緑内障 ぜんそく 慢性副鼻腔炎 小児喘息
 その他 ()

手術歴

病名(部位など):

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() <input type="checkbox"/> ない 職業()
-----	---	--------------------	--

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 <input type="checkbox"/> 授乳中	海外渡航歴 (1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> ある いつ() <input type="checkbox"/> ない 場所()
--------------------	---	------------------	--

強い倦怠感や息苦しさ	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	2週間以内にコロナ感染者や疑い者との接触	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
------------	---	----------------------	---

★当院をどこで
知りましたか?

1.西口糖尿病・綾瀬消化器内科・田島クリニックより紹介、 2.他院より紹介、 3.知人・家族の紹介
 4.ホームページ、 5.チラシ・パンフレット、 6.その他()