

# 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	
明・大・昭・平		自宅	
年 月 日 ( 歳)		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		未成年の方・保護者氏名	
		保護者連絡先	
◆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 ( ) <input type="checkbox"/> 健康診断 体温            °C P:        SAT:        % BP:        身長:        cm    体重:        kg			
コロナワクチン 接種歴	1回目 年 月 日(ファイザー・モデルナ・その他)	3回目 年 月 日	
	2回目 年 月 日(ファイザー・モデルナ・その他)	(ファイザー・モデルナ・その他)	
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 <input type="checkbox"/> 授乳中	海外渡航歴 (1ヶ月以内)	<input type="checkbox"/> ある いつ( ) 場所( ) <input type="checkbox"/> ない
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( )