



中濱クリニック問診表

当院を知ったきっかけはなんですか？
紹介・近所
ホームページ・インスタ
その他()

***アレルギー・既往歴・現病歴・手術歴・服薬歴については事前にご申告下さい。**
事前に申告がない場合、当院では一切の責任を負いかねます。

ふりがな	性別	生年月日	年齢
氏名	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
住所	〒	TEL ()	体温 °C
どこが悪いですか？下の絵に○をして下さい。		受診したい内容をご記入ください。	
前 後		いつから？	
		どこが？	
		どのように？（美容の方はシミ・シワ・たるみ・痩身などのお悩みをご記入下さい。）	
身長 cm／体重 kg		シミなど美容相談の方は該当項目にチェックを入れて下さい	
		☐ 保険自費どちらも希望 ☐ 保険のみ希望 ☐ 自費のみ希望	
以下の病気にかかったことがありますか？		女性の患者様にお伺いします。	
・高血圧()歳 ・脳内出血()歳		現在の状況、該当する項目に○をつけてください。	
・狭心症()歳 ・慢性気管支炎()歳		1、妊娠中です 2、授乳中です	
・心不全()歳 ・十二指腸潰瘍()歳		3、妊娠の可能性があります 4、いずれも該当しません	
・糖尿病()歳 ・甲状腺機能亢進症()歳		5、低用量ピルや抗血栓薬の服用をしている(名称は下記欄にご記入下さい。)	
・脳梗塞()歳 ・前立腺肥大症()歳		現在服用中のお薬がありますか。	
・不整脈()歳 ・悪性腫瘍()歳		病名 ()歳	
・胃潰瘍()歳 【癌/白血病/悪性リンパ腫/肉腫】		薬剤名 ()歳	
・肺結核()歳 ・带状疱疹()歳		手術をしたことがありましたら、お書き下さい。	
・肝硬変()歳 ・肺炎()歳			
・脂肪肝()歳 ・肝炎()歳			
・蕁麻疹()歳 ・喘息()歳			
・緑内障()歳 ・睪炎()歳			
・膠原病()歳			
・精神疾患【 歳】			
・その他【 歳】			
1、薬や注射のアレルギーはありますか？ はい【 】 ・ いいえ			
2、タバコは吸われますか？ はい 1日の喫煙量(本) 喫煙歴(年) ・ いいえ			
3、お酒は飲まれますか？ はい 歴(年) 週(日) 酒種/量(/ ml) ・ いいえ			
4、コーヒー・緑茶・紅茶は飲まれますか？ はい 1日(杯) ・ いいえ			