

池田クリニック 内科・消化器科・整形外科 予診票

ふりがな

受診日 平成 年 月 日

氏名: _____ 性別: 男・女 生年月日: 明・大・昭・平 ____年__月__日

〒 _____ 住所: _____

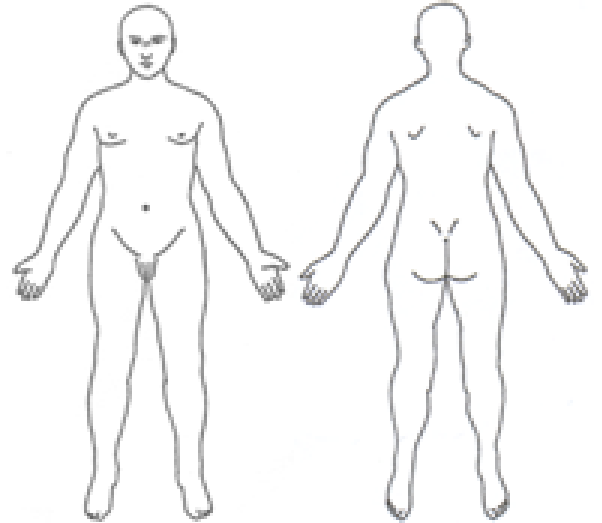
ご職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

自宅電話: () _____ 携帯電話 _____

1) 今日は何のどこが悪くて受診されましたか？

(右の図に○をつけてください)

2) どうされましたか？ かぜ、せき、たん、発熱、
痛み、下痢、便秘、飲み込みにくい、息切れ、しびれ
る、動かない、腫れ : 症状の部位(_____)



3) それはいつ頃からですか？

本日から__日前から・ __週間前から

4) 思い当たる原因がありますか？ 食事・旅行・家族も同じ症状・

転倒・スポーツ・交通事故・使いすぎ・仕事(立ち仕事・座り仕事・重いものを持つ)

原因不明・その他(_____)

5) 今まで大きな病気をされたことはありますか？ はい ・ いいえ

それはいつ、どんな病気ですか： いつ: _____ どんな病気 _____

治療内容: 内服・注射・抗がん剤・放射線治療・手術 (_____)

現在処方を受けている薬の名前は (_____)

6) 薬などのアレルギーがありますか？ ない、ある (_____)

7) たばことお酒についてお尋ねします。喫煙歴 _____ 本/日・飲酒 _____ を _____ 杯/日

8) 現在、妊娠している可能性はありますか？ ない、ある(最終月経 _____ 月 _____ 日頃)

9) 現在、他の病気で治療されていることがございますか？

糖尿病・高血圧・高脂血症・痛風・喘息・胃潰瘍・心臓病・腎臓病・肝臓病・緑内障

その他(_____)

10) 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

紹介・チラシ・看板広告・ホームページ・近くに住んでいる・家族が通院していた・

11) 介護保険の認定を受けておられますか？

要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5