吉祥寺クローバークリニック　問診表

以下は診察に必要な事柄ですので、ご記入をお願いします。なお、ご記入いただいた個人情報は、当院での診療行為に関してのみ使用します。事前にご本人の同意なく、第三者に開示することはありません。

年　　月　　日

ふりがな			性別	男 ・ 女
お名前				
ご住所	〒			
電話番号		身長:　　cm	体重:　　kg	血液型:　（Rh:　）
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日（　　歳）			

1. マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？	□同意する　□同意しない
2. ほかの医療機関からの紹介状を持っていますか？	□はい　□いいえ
3. 本日受診した症状についてお伺いします。あてはまるものに☑してください(複数可)。また、症状の発症時期もご記入ください。	□眠れない　□不安が強い　□疲れやすい　□気分の変動がある □気分が落ち込んでいる　□食欲がない □人前で緊張が強い　□他人と話がずれる　□不注意でミスが多い □その他(　　) 発症時期:　　日前 ・ 週間前 ・ か月前　頃から
4. 現在までに同じ症状でほかの医療機関に通院したことがありますか？	□はい　□いいえ ・医療機関名(　　)　　年　　月頃 →□入院　□通院 ・医療機関名(　　)　　年　　月頃 →□入院　□通院
5. 現在、処方されている薬はありますか？（1に同意された方も、直近1ヶ月分はご記入ください。お薬手帳持参の場合は省略可）	□はい （□お薬手帳持参:記入省略可）　□いいえ 薬剤名:　　用量: 投薬期間:
6. これまでに大きな病気にかかったことはありますか？(入院や手術を要する病気)	□はい　□いいえ 病名:　　時期: 治療内容:
7. これまでに薬や食品でアレルギーを起こしたことはありますか？	□はい　□いいえ 原因:　　症状:
8.【女性の方のみ】現在妊娠中、または授乳中ですか？	□はい　□いいえ □妊娠　　か月目　　□授乳中
9. 現在のご職業を教えてください。	職業:
10. 当院を知ったきっかけは？	□ホームページ　□看板　□本(　　) □ご紹介(　　)より紹介

記入漏れがないかご確認の上、終わりましたら受付までお持ちください。