



阪野クリニック問診票

楷書で記入をお願いします

※ご記入頂く内容について、秘密を厳守します。

フリガナ			昭和・平成・令和	年	月	日生
氏名			男・女	(歳	ヶ月)
住所	〒 — ※マンション・アパート名もお願いします。					
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		その他（勤務先など必ず連絡が取れること）：			
職業		身長	cm	体重	kg	
体温	℃	血圧	/	mmHg	脈拍	/分

- (1) 本日は主にどのような症状で来院されましたか（専門外来の場合は○をつけて下さい）？
いつ頃から（ ） どのような症状（ ）
専門外来） ・肥満治療 ・いびき ・睡眠障害 ・ワクチン ・プラセンタ ・にんにく注射
・健康診断 ・診断書 ・花粉症 ・その他（ ）
- (2) 現在～過去1年以内に、他の病院で診察を受けていますか（症状、病名、投薬、処置など）？
1. いいえ 2. はい（ ）
- (3) 現在、服用している薬（病院で処方された薬と市販薬）、サプリメントはありますか？
1. いいえ 2. はい（ ）
- (4) 今までに、病気や怪我などで入院したこと、手術を受けられたことがありますか？
1. いいえ 2. はい（ ）
- (5) 薬を飲んで副作用の症状が出たことがありますか？ 食品、アルコール消毒、金属アレルギーはありますか？
1. いいえ 2. はい（ ）
- (6) タバコを吸う習慣がありますか？
1. いいえ 2. はい（1日 本ぐらい 年間）
- (7) アルコール摂取の習慣はありますか？
1. 飲まない 2. 時々飲む 3. ほとんど毎日飲む
- (8) 女性にお尋ねします。現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？
1. いいえ 2. はい 3. 出産後授乳中
- (9) 当院を何でお知りになりましたか？
・スマートフォン検索 ・パソコン検索 ・雑誌 ・看板（通りがかり）
・家族 ・知人 ・他院の紹介（ ） ・その他（ ）
- (10) 診療にあたり、以下の事項についてご了承下さい（☑をつけて下さい）。
 待ち時間短縮の為、先会計にご協力下さい。（例：検査、採血、処置等の前に会計あり）
 当院にて処方した薬は、安全面と衛生面を考慮し、返金及び返品、交換は一切出来ません。
 処方箋は発行日を含めて、必ず4日以内に保険薬局にてお薬を処方して頂いて下さい。
(有効期限を過ぎた処方箋は、ご使用になれません。再発行は自費扱いとなります。)

<事務欄> 内服薬の情報 検査結果 紹介状 その他（ ）

