

外 来 問 診 表

植村内科クリニック

お名前 _____

体重（小学生以下の方） _____ Kg

以下の質問にわかる範囲でお答え下さい。

1. 今日はどうなさいましたか？

（ _____ ）

いつから症状がありますか？

（ _____ ）

2. 現在治療中の病気とこれまでにかった病気についてお知らせください。

（ ）の中に具体的な病名や時期などをお書き下さい。

心臓病（ _____ ） 腎臓病（ _____ ）

肝臓病（ _____ ） 喘息（ _____ ）

胃潰瘍（ _____ ） 高血圧（ _____ ）

糖尿病（ _____ ） 前立腺肥大（ _____ ）

緑内障（ _____ ）

その他（ _____ ）

3. これまでに薬や食品でアレルギー症状（発疹や気分不快など）を起こしたことはありますか。

はい（ _____ ） いいえ（ _____ ）

ある場合は薬、食品の名前をお書き下さい。（ _____ ）

4. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ はい（ _____ ） いいえ（ _____ ）

授乳中ですか？ はい（ _____ ） いいえ（ _____ ）

最終月経はいつですか？（ _____ 月 _____ 日）

閉経（ _____ 才）

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたらご案内いたします。