Questionnaire form

平成　　年　　月　　日

当クリニックでは、診療をより効果的にする為に、患者様一人一人のカルテを作っています。
そのために患者様ご自身の情報が必要になりますので以下の質問にお答えいただきますようお願い致します。

フリガナ		男M・女F	年齢(Age)
お名前　Name		生年月日 Date of birth	明M・大T・昭S・平成H 年(Y)　月(M)　日(D)
ご住所 Address	〒		
電話番号 Phone number		緊急連絡先 電話番号 Emergency Phone Number	
職　業 Occupation		体　温 Body temperature	℃
身　長 Height	㎝	体　重 Weight	kg

1．いつから、どのような症状がありますか What is the problem? When dose it start?
症状 What?
いつから When?

2．現在、他にかかっている医療機関はありますか Do you have any other medical institutions visiting, now?
①　ない No　　②ある Yes（病名 Disease　　）（病院名 Institution　　）

3．現在、服用中の薬はありますか Are you currently taking any medications?
①ない No　　②ある Yes（　　）

4．今までに、大きな病気にかかったり、手術を受けたことはありますか
Have you ever had serious illnesses or any surgeries before?
①　ない No　　②ある Yes（病名 Disease　　）（手術名 Operation　　）

5．今までに、薬や食べ物などでアレルギーが出たことはありますか
Have you ever fallen ill or had an allergic reaction after taking any medication?
①　ない No　　②ある Yes（　　）

6．お酒やタバコは１日どのくらいとられますか How much do you drink alcohol or smoke a day?
①お酒 alcohol（種類　　）（　　ml）　②タバコ smoking　１日（　　cigarettes）本くらい

7．（女性の方へ）現在、妊娠されていますか Are you pregnant, now?
①いいえ No　②はい Yes（　　ヶ月 month）　③授乳中 Breast-feeding　④不明 Unknouwn

8．その他、医師にお伝えしたいことがありましたらご記載下さい。

この問診票にご記入いただきました個人情報は、当クリニックにおいて以下の目的のために限り利用させていただきます。
①患者様に安全・有効に診療を受けていただくため　②カルテへの記載　③他医療機関などとの連携・情報交換
同意できない事項がある場合はお知らせください。

ご協力ありがとうございました。