カルテ No.（　　）

問　診　票

記入日　　年　　月　　日

氏名　　（男・女）		生年月日 （　　歳）
身長　　ｃｍ	体重　　Ｋｇ	体温　　℃

ご来院の目的	□ 検査や治療　□ 人間ドック □ セカンドオピニオン □ 温熱治療・免疫療法 □ その他　（　　）
持参書類	□なし　□紹介状　□健康報告書　その他（　　）
症状・経過	症状　…　発症日（　　）から □痛み…□お腹　□頭　□のど　□胸　□その他（　　） □発熱・倦怠感　□鼻水・鼻詰まり　□咳・たん　□息苦しい □便秘□食欲低下　□吐き気～嘔吐　□下痢　□動悸　□むくみ □皮膚のかゆみ　□めまい・ふらつき　□不眠 その他（　　）
現在持っている病気 □なし　□あり	通院中の病院　□内科　□外科　□耳鼻科　□皮膚科　□眼科 □泌尿器科　□整形外科　□心療内科・精神科 その他～病名（　　） 病名　□高血圧　□糖尿病　□喘息　□心疾患　□不整脈　□腎疾患 □前立腺肥大　□コレステロール・中性脂肪↑　□尿酸↑　□癌 □緑内障　その他（　　）
アレルギー歴	□ なし　□ あり　**該当する薬や食べ物**
現在飲んでいるお薬～来院まで他でもらったお薬	□ なし　□ あり（薬剤名　サプリメント・漢方薬も含む）
薬の副作用	□ なし　□ あり（副作用が出た薬剤名）
家族の既往歴 □なし　□あり	ご家族に癌、脳卒中・高血圧・脂質異常症・糖尿病などの方がおられますか？
治療制限	治療の制限がある場合はご記入ください。 □ なし　□ あり（治療制限の内容）
喫煙 飲酒 妊娠	□なし　□あり（　　）本/日　□やめた（　　まで） □なし　□あり　週（　　）日　種類・量（　　） □なし　□あり

MCC 見和中央クリニック
MIWA CENTRAL CLINIC
〒310-0911　水戸市見和 1 丁目 336-6
TEL: 029-227-1235 / FAX: 029-227-1236