

# 病気の質問表

みさと中央クリニック

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢( ) 男・女  
自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 10歳以下のお子様 体重 \_\_\_\_\_ kg  
携帯電話番号 \_\_\_\_\_ 記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

この質問表は、病気を治すために大切な資料となります。差し支えない範囲でありのままお書き下さい。  
秘密はかたくお守りします(健康診断や他院の検査結果、お薬手帳などをお持ちの方はご提示下さい)。

1. 当クリニックを何でお知りになりましたか？  
インターネット ・ 親戚 ・ 友人 ・ 会社の紹介 ・ 家が近いので ・ その他( )
2. 現在の症状(お困りのこと)について残らずお書き下さい。  
(いつから)  
(どんな症状)
3. 病気が始まったとき、何か変わったことがありましたら、教えてください。
4. 病気はどんなときに悪くなりますか？またどんなときに良くなりますか？  
(悪くなるとき) \_\_\_\_\_  
(良くなるとき) \_\_\_\_\_
5. 病気の原因は何だと思えますか？
6. この病気で、どこで、どんな診断や治療を受けましたか？  
(どこで) (どんな診断) (どんな治療) (治療の効果)
7. この病気以外で、現在治療中のご病気がありましたら教えてください？  
(どこで) (どんな診断) (どんな治療) (いつから)
8. 検査や治療についての希望がありましたら、お書き下さい。
9. 病気以外のことでご希望・ご相談事がありましたらお書き下さい(裏もお使い下さい)。
10. 《ご婦人の方に》 現在妊娠していますか ○をつけてください はい いいえ