

問 診 票

令和 年 月 日

(フリガナ)

氏名 _____ 男・女 大・昭・平・令 年 月 日生 _____ 歳

郵便番号 _____

住所 _____ 職業 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

☆診察の参考に致しますので、次の事項についてご記入をお願いします☆

◎どのような症状ですか？調子の悪い所や、痛い所を詳しくお書き下さい。

いつから() 症状 ()

◎今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けている病気はありますか？

ある ⇒ ○で囲んで下さい 高血圧 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高脂血症 糖尿病 脳梗塞 肝臓病 喘息
ない 前立腺肥大症(尿が出にくい) 緑内障(眼圧が高い) その他()

◎今までに大きな手術を受けたことがありますか？

ある ⇒ どのような手術ですか ()
ない ()

◎現在服用している薬はありますか？

お薬手帳などお持ちでしたら、お出し下さい

ある ⇒ 薬の名前 ()
ない ()

◎今までに食べ物や薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか？

ある ⇒ 食べ物 () その他 ()
薬 ()
ない

◎ご家族の方で大きな病気をされたことがありますか？

ある ⇒ 続柄 () 病名 ()
ない

◎たばこは吸われますか？

吸う _____ 年間 _____ 本/日 吸わない 以前は吸っていた

◎アルコールは飲まれますか？

はい ⇒ _____ 年間 *ビール _____ 本/日 *ウイスキー _____ 杯/日
*焼酎 _____ 合/日 *日本酒 _____ 合/日 その他 ()
いいえ

◎女性の方にお聞きします

* 現在妊娠は ⇒ している (_____ ヶ月目) していない
* 妊娠の疑いは ⇒ ある ない わからない

☆何か悩みや相談したいことがありましたら、ご記入下さい。 (☆13歳未満の方は、体重の記入をお願いします)

()