

# 問 診 票

平成 年 月 日

(フリガナ )

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平 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。

( )