

# 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。

( )