

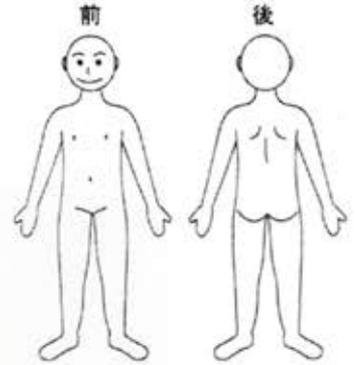
# 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 平成 年 月 日  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 才  
住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1.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。

具合の悪い箇所には○をつけて下さい

いつ頃から( )



2.今までに大きな病気の経験がありますか？ ある ・ ない

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 狭心症 心筋梗塞  
脳梗塞 肝炎 肺結核 気管支喘息  
その他( )

・入院、手術の経験があれば記入して下さい。

( ) 才の時) ( ) の病気にて)

3.現在治療、通院されていますか？ している ・ していない

治療中の病名( )  
通院中の医療機関( )  
服用中の薬剤名( )

4.家族について教えてください。

・家族の方で下記の病気にかかれたことがあれば記入して下さい。

続柄 \_\_\_\_\_ 癌(胃・大腸・肺・子宮・その他 \_\_\_\_\_) 心臓病 高血圧 糖尿病

5.生活習慣について教えてください。

タバコ: 吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 年間) 吸わない 以前は吸っていた( \_\_\_\_\_ 歳のときにやめた)

アルコール: 毎日飲む 時々飲む 飲まない

ビール \_\_\_\_\_ 本/日 ・ 酒 \_\_\_\_\_ 合/日 ・ その他( \_\_\_\_\_ /日)

6.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 ・ ない

食べ物( ) 薬剤名( )

7.女性の方にお聞きします。妊娠歴がありますか？ ある ・ ない

・「ある」に○をされた方にお伺いします。現在妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？ ある ・ ない

8.当院への来院へのきっかけは何ですか？

- 知り合いからの紹介 ホームページ 近所 住宅地図 家族からの紹介 電話帳  
その他( )