

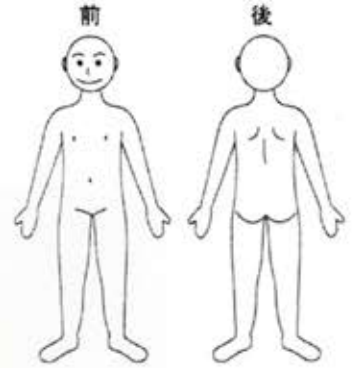
問診票

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○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()