

## 問診票

記入日 平成 年 月 日

フリガナ	性別	生 年 月 日
氏 名	男性	大正・昭和・平成
	女性	年 月 日 ( 歳)
〒 住 所	職 業	
電話番号 《自宅》	《携帯》	

1) 本日はどうされましたか？ いつからどのような症状が出ているか、具体的にお書き下さい。

[ ]

2) 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名 年齢 歳～)

(病名 年齢 歳～)

3) 現在、内服している薬はありますか？ (お薬手帳があればお出し下さい)

いいえ ・ はい (内容 )

4) 今までに大きな病気・ケガ・入院・手術・輸血をしたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名 年齢 歳)

(病名 年齢 歳)

5) 薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい (薬： 食べ物： その他： )

6) 現在の状態を教えてください。

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

食欲 (よい・普通・不良) 睡眠 (よい・普通・不良) 便秘 (よい・普通・不良)

7) 生活習慣についてお聞かせ下さい。

・飲酒：飲まない・やめた・飲む → 種類： ( mL・合/日、 回/週)

・喫煙：吸わない・やめた・吸う → 本数： 本/日 × 年

8) ご家族 (血縁者) で、次の病気の方がおられますか？ (○で囲んで下さい)

①心臓病 ②脳卒中 (脳梗塞・脳出血など) ③糖尿病 ④高血圧 ⑤高脂血症

⑥癌 (部位： ) ⑦肝臓病 ⑧結核 ⑨その他 ( )

9) 女性の方にお伺いします。 (男性の方は記入不要です)

妊娠している可能性は？ (なし ・ あり)

授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

※当院では個人情報を患者さまへの医療サービス提供などを目的として利用させて頂いております。また、個人情報の取扱いには万全の体制で取り組んでおります。