

問 診 票

フリガナ

氏 名 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 ・ 女

身 長 _____ c m / 体 重 _____ k g / 本日の体温 _____ °C

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ にかかっている。

■今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを（ ）にご記入下さい。

喘息（ _____ 頃） 肺炎（ _____ 頃） 結核（ _____ 頃）

高血圧（ _____ 頃） 肝臓病（ _____ 頃） 腎臓病（ _____ 頃）

糖尿病（ _____ 頃） 脳卒中（ _____ 頃） がん（ _____ 頃）

心臓病（ _____ 頃） その他（病名： _____ ）

■今までに手術の経験はありますか？

なし あり 病名： _____

いつ頃： _____

■輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■薬のアレルギーはありますか？ なし・ あり（ _____ ）

食べ物のアレルギーはありますか？ なし・ あり（ _____ ）

その他： _____

■現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり（薬品名： _____ ）

■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた（1 日 _____ 本、約 _____ 年間）

アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

（種類： _____、1 回 _____ 杯、 毎日 時々 月に 2～3 回）

■女性の方へ 妊娠している可能性は？

ない ある 最終月経は？（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

閉経している

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり