

問診票

年 月 日

(フリガナ)

氏名

男 ・ 女

生年月日 年 月 日 身長 _____ 体重 _____

住所 〒 _____

電話番号 自宅 _____ 携帯 _____

1. 紹介状 なし・あり (病院名 _____)

2. 何が一番お困りですか？

いつから：

どのような症状：

痛みはありますか？ なし あり

3. 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？
なし、 あり (_____)

4. 近親者(血のつながった方)に次の病気がありますか？
がん、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、
肝炎、腎臓病、結核、その他 (_____)

5. 食物や薬品のアレルギーはありますか？ (なし ・ あり)
(食品、薬品名 _____)

6. 現在飲んでいる薬があれば、お書き下さい。
(_____)

7. 当てはまるところを選んでください。
便通： 快便 下痢 便秘 (_____ 日に _____ 回)
煙草：吸わない ・ 吸う (1日に _____ 本、約 _____ 年間)
酒： 飲まない ・ 飲む (種類： _____
(量：1回 _____ 杯、毎日 週に1～3回 月に1～3回)

8. 女性の方へ 妊娠している可能性は？ なし ・ あり
最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経している