

【医師が病状を把握するのに大変重要な情報となります。なるべく詳しく、もれなく記載してください。】

問 診 票

平成 年 月 日

郵便番号 _____ 住所 _____
電話番号 _____ () _____ 身長 _____ cm 体重 _____ Kg
ふりがな _____
氏名 _____ 年齢 _____ 歳 職業 _____

○ これまでの症状・経過について詳しくお書き下さい。(いつ頃から、どうされましたか?)

○ 現在、他の医療機関へかかっていますか? (はい・いいえ)

医療機関名 _____ 病名 _____ → _____ 歳頃

○ 現在、内服中の薬がありますか? (はい・いいえ)

薬のリストを提出してください。

○ 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか?

病名 _____ → _____ 歳頃

病名 _____ → _____ 歳頃

病名 _____ → _____ 歳頃

病名 _____ → _____ 歳頃

○ ご家族に以下の病気はありますか? (○をつけて、続柄を下段に記載してください。)

癌・心臓・脳梗塞・脳出血・糖尿病・高血圧・高脂血症・喘息・結核・その他

○ アレルギーはありますか? (はい・いいえ)

薬品名 _____ 食物 _____ 花粉症 _____

○ 日常生活についてお聞きします。

お酒 (飲む・飲まない) 何を? _____ 何杯? _____ 杯

たばこ (吸う・吸わない) 何本? _____ 本/日、何年間? _____ 年間

上記を以前、吸っていたが、_____ 年前よりやめている。

○ 女性の方にお聞きします。

月経は順調ですか? (順調・不順・閉経)

妊娠していますか? (いいえ・わからない・はい 第 週)

○ 希望される検査はありますか? (ある・ない)

内視鏡検査(胃・大腸)・超音波検査(腹部・心臓・甲状腺・頸動脈)・血液検査

レントゲン・心電図・動脈硬化検査・24時間心電図・呼吸機能検査・骨塩定量

○ ご要望があればお書きください