問　診　票

ふりがな	住所（自宅）
患者名	TEL（自宅）
生年月日 M.T.S.H.　　年　　月　　日	TEL（勤務先）

下記項目について、今後の重要な診療の参考となりますので詳細にご記入下さい。

（質問事項）

1. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。
   1. 喘息　2. じんましんなどのアレルギー疾患　3. 心臓病　4. 高血圧
   5. 腎臓病　6. 肝臓病　7. 糖尿病　8. 異常体質
2. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか。
   病名　　年　　月
3. 現在までに注射、飲み薬、ぬり薬、点眼薬、その他の薬で何か異常（局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりしたこと）が起こったことがありますか。
   ある　・　ない
4. 現在までに塗料、化粧品、白髪染め、洗剤などを使って皮ふ病にかかったことがありますか。　ある　・　ない
5. 現在までにたこ、かに、さば、たまご、牛乳、その他のものを食べて、じんましんや腹痛、下痢を起こしたことがありますか。　ある　・　ない
6. けいれんを起こしやすい体質ですか。　はい　・　いいえ
7. 女性の方へ　妊娠の可能性はありますか。　はい　・　いいえ
   あなたの一番最近の最終月経はいつですか。（　月　日 ～　月　日）
8. 家族でアレルギー体質やアレルギー疾患があるといわれた人がいますか。
   はい　・　いいえ
9. ご家族（祖父母・父母・兄弟・子供）で重大な病気や慢性の病気にかかった人がありますか。　ある　・　ない
10. お酒は飲まれますか。　はい　・　いいえ
    「はい」と答えた方　：　1日に酒（　）合　ビール（　）本
11. タバコは吸いますか。　はい　・　いいえ
    「はい」と答えた方　：　1日に（　）本位　（　）才から（　）才まで
12. 当院をどのように知りましたか。
    ご紹介｛他院（紹介状　有　・　無）・　知人（　　）｝
    広告｛電話帳・地下街・地下鉄・市電・看板・電柱広告｝　インターネット

ご協力ありがとうございました。

モリタ内科胃腸科クリニック