

問診票

平成 年 月 日

氏名 _____ 殿 年齢 _____ 才 男・女

住所 _____ 電話番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

1. 今日はどうされましたか。該当する症状を○で囲んで下さい

食欲不振・胸やけ・吐き気・腹痛・胃痛・下痢・便秘・お腹がはる
喉が痛い・せき・たん・呼吸困難・胸痛・息ぎれ・どうき・胸が苦しい
発熱・頭痛・めまい・ふらつき・耳鳴り・むくみ・手足のしびれ
その他 ()
いつ頃から ()

2. 最近の体調は

食欲はありますか? はい いいえ

よく眠れますか? はい いいえ

便通はどれくらいですか? () 日に () 回 普通 軟便 下痢 便秘

3. アルコールは飲みますか? 酒 1日 () 合・ビール 1日 () 本

4. たばこを吸いますか? 1日 () 本 () 年間

5. 今までに病気にかかったことはございますか? また、手術をしたことはございますか?

虫垂炎・胃潰瘍・肝臓病・腎臓病・心臓病・高血圧・糖尿病・喘息

その他 ()

内服中の薬はありますか? はい いいえ

6. あなたの血縁関係で次の病気にかかった人はございますか?

癌・心臓病・高血圧・糖尿病・喘息・肺結核・その他 ()

7. 今までに、薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか? はい いいえ

8. 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか? また、妊娠の可能性はありますか? はい いいえ

月経 (順調・不順) 最終月経 (月 日) 閉経 (才)

* ご記入いただきました内容は秘密を厳守いたします。

ご協力ありがとうございました。

森田内科医院