

# 問 診 票

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

平成 年 月 日

ふりがな		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生
お名前			
ご住所	〒	電話	( )

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

- (1) 今日は、どうされましたか？  
 いつから ( )  
 どのような症状 ( )
- (2) 今までに、または、現在かかっている病気はありますか？      ない      ある  
 ある場合 → 心臓病、肝臓病、腎臓疾患、肺疾患、脳疾患、人工透析  
 糖尿病、高血圧症、低血圧症、リウマチ、喘息  
 その他 ( )
- (3) 現在飲んでいる薬がありますか？      ない      ある  
 ある場合 → ( )
- (4) 現在飲んでいるビタミン剤、健康食品などの常用薬はありますか？(市販薬を含めて)  
 ない      ある 製品名( )
- (5) ① 今までに飲み薬、注射で発疹・吐き気・呼吸困難等が起きたことはありますか？  
 ない      ある  
 ある場合 → それはどんな薬(食べ物)ですか？ ( )
- ② 貼り薬や、塗り薬でかぶれたことはありますか？      ない      ある
- (6) ご家族(両親・おじ・おば・兄弟等)で以下の病気に該当者がいらっしゃいますか？  
 いない      いる (高血圧症・糖尿病・心臓病・癌・突然死・高脂血症・遺伝病)
- (7) 嗜好品についてお尋ねします。  
 アルコール……飲まない      飲む: ビール・日本酒・ワイン・ウイスキー・焼酎を  
 1日( )mlくらい( )年間  
 タバコ……吸わない      禁煙中      吸う  
 1日( )本くらい( )年間
- (8) 女性の方に 現在妊娠中ですか？      いいえ      はい(      ヶ月)
- (9) 当院をお選びになられた理由を教えてくださいませんか？  
 ・広告を見て    ・看板を見て    ・人に聞いて(紹介者のお名前      様)  
 ・電話帳      ・インターネット      ・他(      )

\* ありがとうございます。受付の方へお願い致します。