

田村循環器科医院 ホームページ 問診票

年 月 日

患者さまの個人情報は厳重に管理させていただきます。

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住所	〒			自宅電話	
				勤務先電話	

※○をつけて下さい。

① 食物でアレルギーを起こしたことがありますか？

ある (卵、牛乳、大豆、小麦、鯖、その他) ない わからない
↓
その時の症状 (じんま疹、かゆみ、喘息、鼻炎、その他)

② これまでにお薬を使って具合が悪くなったり、発疹、かゆみ等が出たことがありますか？

ある ない わからない
↓
その薬の名称 ()
その時の症状 (頭痛、発熱、発疹、じんま疹、かゆみ、吐き気、食欲不振、下痢、その他)

③ 今までに、大きな病気にかかったことがありますか？

ある ない わからない
↓
(高血圧、動脈硬化、心臓病、糖尿病、甲状腺機能障害、白内障、緑内障、リウマチ、喘息、鼻炎、前立腺肥大、胃十二指腸潰瘍、肝臓障害、その他)

④ 現在、他の病院等にかかっていますか？

はい 病院の名称及び科名 () いいえ

⑤ 現在、他にお薬(薬局の薬も含む)をお飲みになっていますか？

はい その薬の名称 () いいえ

⑥ たばこは吸いますか？

吸う (1日 本) 吸わない

⑦ アルコールは飲みますか？

飲む (1日 酒・ビール・シングル 本) 飲まない 時々

⑧ 体質であてはまるものはありますか？

風邪ひきやすい 疲れやすい 胃弱 下痢しやすい 便秘しやすい かぶれやすい
不眠 頭痛 肩こり その他 ()

⑨ お仕事や日常生活であてはまるものはありますか？

自動車運転 機械操作 高所作業 視力を使う 屋外作業 夜勤 その他 ()

⑩ 女性の方にお聞きます。

Ⓐ 現在妊娠していますか？またはその可能性がありますか？ Ⓑ 現在、授乳中ですか？
はい (月) いいえ はい いいえ

⑪ その他、何かありましたらお願いします。