

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
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。