

問 診 票

ID: _____

フリガナ:	住所 〒 _____
氏 名	
生年月日: T・S・H 年 月 日	電話番号: — —
	携帯電話: — —

身長: _____ cm 体重: _____ kg お熱のある方体温: _____ °C (_____ 時頃)

1. 本日は、どのように具合が悪いですか？

いつ頃からですか？ [_____]
 症状は？ [_____]

2. 今までに、大きな病気、手術をした事がありますか？

ある 病名: _____) ない
 手術部位: _____)

3. 治療中の病気はありますか？

ある [病名: _____ ない]

4. 血族の方で、次の病気の方はいますか？

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・脳障害 ・癌 ・腎臓病 ・肝機能障害
- ・その他(_____)

5. 生活歴

アルコールを飲みますか？ 毎日 時々 飲まない
 ・日本酒 ・ビール ・ウイスキー ・焼酎 ・ワイン (_____) ml/日
 タバコを吸いますか？ 吸う 本/日 (_____) 年 吸わない]

6. 現在内服中のお薬はありますか？

ある [_____ ない]

7. 薬剤アレルギーはありますか？

ある [_____ ない]

8. 女性の方、現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

9. 当院をお知りになったきっかけは？

・インターネット・当院ホームページ・タウンページ・その他 [_____]