

問診票

受診日： 年 月 日

ふりがな お名前		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)	性別	男性 女性
住所	〒 -				
電話番号	-	携帯電話	-	-	-

1. 本日はどのような症状で受診されましたか、その症状はいつごろからありますか。

どんな症状？ ()

いつ頃から？ ()

2. 今までに指摘されたことがある病気全てに○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 不整脈 脳卒中 肝臓病 腎臓病 高尿酸血症
ぜんそく 花粉症 鼻炎 副鼻腔炎 アトピー性皮膚炎 じんましん 胃炎・胃かいよう
その他の病気 ()

3. 今までに手術を受けたことはありますか。(有・無)

手術名： 時期：

4. 現在服用中のお薬はありますか。(有・無) お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

()

5. お薬や食物でアレルギー症状を起こしたことはありますか。(有・無)

(お薬) (食物)

6. タバコは吸いますか。(吸っている・やめた・吸わない)

1日に吸う本数： 本、喫煙を開始した年齢： 歳、やめた年齢： 歳

7. お酒を飲みますか。(飲む・時々・飲まない) 週に 日、1日に飲む量：

8. 女性にお尋ねします。現在妊娠中／授乳中ですか。(はい・いいえ・わからない)