

問 診 票

NO.

--	--	--	--	--

受診日：令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
氏 名	男・女	年 齢	歳	職 業	
住 所	〒 -	電話番号			

※本日、来院された症状は？

.....

.....

1. 【受診の前に】 ・現在の体温_____度_____分 ・身長 _____cm ・体重 _____kg
2. 【女性の方へ】 ・現在妊娠されていますか？ ① はい ② いいえ
3. 【既 往 歴】 ・今までに大きな病気にかかれた事がありますか？ ① はい ② いいえ
 ①の方へ あてはまるものに○を付けてください。
 A 心臓病 B 高血圧 C 糖尿病 D 肝臓病 E 腎臓病 F 喘息
 G 結 核 H 血液病 I 神経病 J その他 ()
- ①の方へ ・今までに手術を受けられた事がありますか？ ① はい ② いいえ
 ・いつ頃ですか？ (昭・平・令 _____年頃)
 ・病名は？ ()
4. 【医療機関】 ・現在かかりつけの医院または病院はありますか？ ① はい ② いいえ
 ①の方へ ・医療機関の名称は？ ()
5. 【服用薬剤】 ・現在服用中のお薬はありますか？ ① はい ② いいえ
 ①の方へ ・お薬の名称は？ ()
6. 【アレルギー】 ・今までにお薬でアレルギーになった事がありますか？ ① はい ② いいえ
 ①の方へ ・お薬の名称は？ ()
 ・どのような症状ですか？ ()
- ①の方へ ・今までに食事でアレルギーになった事がありますか？ ① はい ② いいえ
 ・食べ物の名称は？ ()
 ・どのような症状ですか？ ()
7. 【ご 家 族】 ・ご家族の方で今までに大きな病気をされた方は？ ① いる ② いない
 ①の方へ ・病名は？ ()
 ・続柄は？ ()
8. 【嗜 好 品】 ・アルコールは飲まれますか？ ① 飲む ② 飲まない
 ①の方へ ・1日に飲む量は？ ビール 大・中・小_____本、 日本酒_____合
- ①の方へ ・タバコは吸われますか？ ① 吸う ② 吸わない
 ・1日に吸う本数は_____本