

問診票

診察日

年

月

日

		生年月日	
		□大正 □昭和 □平成 □令和	
フリガナ		年 月 日 (歳)	
氏名		TEL (自宅) ()	
		(携帯) ()	
(□男・□女)			
住所	〒		

1. 本日受診することになった症状は？

いつから	どこが	どのような症状	経過中発熱は？
			□ なし
			□ あり ()°C
			いつ(何日の何時)

2. 既往歴や現在治療中の病気

□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □高尿酸血症 □前立腺肥大症 □緑内障

□腎疾患 □肝疾患 □心臓疾患 □精神疾患 □アトピー □喘息(小児喘息を含む) 最終発作(年 月)

□その他

分かる範囲で、いつ頃(何歳):

□手術

いつ頃(何歳)	病名・手術名等	病院名(わかれば書いて下さい)

<現在飲んでいる薬>

□ ない □ ある (いつから) (薬の名前:)

3. 薬や食べ物に対するアレルギーはありますか？(じんましんが出た、気分が悪くなった、等)

□ いいえ
□ はい (薬:) (食べ物:)

4. お酒は1日どのくらい飲みますか？

□ 飲まない
□ 飲む 日本酒・焼酎(合) ビール(杯/ 本) ワイン(杯/ 本)

5. タバコは1日どのくらい吸いますか？ または、吸っていましたか？

□ 現在喫煙 □ 過去喫煙 *タバコ(1日 本、 年間) □ 吸わない

6. 女性の方にお伺いします。

・現在妊娠していますか？
□ いいえ はい(月 日) 最終生理(月 日)
・授乳中ですか？ □ いいえ □ はい

7. ここ1か月以内に渡航歴はありますか？

□ いいえ □ はい (どちらの国へ:) (いつ頃~:)

8. 何をご覧になって当院をお知りになりましたか。

□ 家が近いから □ ホームページ □ 家族・知人の紹介 □ チラシ □ その他()