

問診票

平成 年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				歳
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体温 _____ 度

1. 症状について

① 症状はいつからですか？

② どのような症状ですか？

- ・咳
- ・喘鳴
- ・鼻水
- ・喉の痛み
- ・腹痛
- ・下痢
- ・吐気、嘔吐
- ・胃痛
- ・食欲不振
- ・胸痛
- ・頭痛
- ・寒気
- ・関節痛
- ・痙攣
- ・発疹
- ・かゆみ

その他 _____

2. 今までに病気にかかったことがありますか？

- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・狭心症
- ・心筋梗塞
- ・脳梗塞
- ・癌
- ・気管支喘息
- ・胃潰瘍
- ・前立腺肥大

その他 _____

3. アレルギー性疾患を今までに指摘されたことはありますか？ 特になし

疾患名 _____

4. 今飲んでいるお薬はありますか？

薬剤名 _____

5. 今までに薬で副作用はありましたか？ 特になし

薬剤名 _____

6. ご家族に既往歴のある方はいますか？

- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・狭心症
- ・心筋梗塞
- ・脳梗塞
- ・癌
- ・気管支喘息

その他 _____

7. 女性の方にお伺いします

① 検査日現在、生理中ですか？ (はい ・ いいえ)

② 検査日現在、妊娠中又は妊娠の可能性ありますか？ (はい ・ いいえ)

8. タバコを吸いますか？

吸っていない・吸っている (1日平均 _____ 本 _____ 年間) ・以前吸っていた (1日平均 _____ 本 _____ 年間)

9. お酒を飲みますか？

いいえ ・ 時々飲む ・ 毎日飲む

ビール1本 又は 日本酒1合 又は ウイスキー水割り1杯
ビール2本 又は 日本酒2合 又は ウイスキー水割り2杯
ビール3本 又は 日本酒3合 又は ウイスキー水割り3杯

※該当する項目に○を付けてください。

10. 何で当院をお知りになりましたか？

- ・口コミ
- ・ホームページ
- ・広告看板
- ・紹介 (_____)
- ・その他 (_____)