

問診票

ふりがな 氏名	身長 cm	体温 ℃
	体重 kg	男・女
生年月日 明治・大正 昭和・平成	年齢 歳	
住 所 〒	電話 — —	
緊急連絡先 電話・携帯	携帯 — —	
家族構成		
◆ 本日は、どのようなことで来院されましたか。(いつからどのような症状がありますか。)		
◆ 現在飲んでおられる薬があればお書きください。		
お薬の名前	錠/日	お薬の名前 錠/日
◆ 今までにかかった病気や治療中の病気があればお書きください。		
病名	(才~)	病名 (才~)
病名	(才~)	病名 (才~)
病名	(才~)	病名 (才~)
◆ 手術を受けたことがあればお書きください。		
◆ 今までに薬などアレルギー等の副作用を経験したことがありましたか。(ある ・ ない) ある方にお聞きます。いつごろ何によってどんな症状がでましたか。		
◆ 煙草を吸いますか。 はい ・ いいえ ・ やめた (_____ 年前) ※「はい」の場合 (_____) 年前から吸っており、最近は平均1日 (_____) 本吸っている		
◆ お酒をのみますか。 はい ・ いいえ ・ やめた (_____ 年前) ※「はい」の場合 (_____) 年前から飲んでいる 最近では平均1日(ビール・日本酒・ウィスキー)を (_____) 本・合・杯飲んでいる		
◆ ご家族や親せきの方で、次のような病気にかかったことのある人がいますか。 病名に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」を入れ、()内に、父・母・兄弟・父方祖父・父方祖母などをご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 心臓病 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 高血圧 () <input type="checkbox"/> 結核 () <input type="checkbox"/> 脳卒中 () <input type="checkbox"/> 突然死 () <input type="checkbox"/> 肝疾患 () <input type="checkbox"/> 癌 ()		
◆ 今取り組んでおられる運動や趣味があったら教えてください。		
◆ 女性の方にお聞きます。妊娠している可能性は、(ある ・ ない)		
◆ 当院をどうやってお知りになりましたか。 <input type="checkbox"/> 家族から <input type="checkbox"/> 知人から <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

