

問診票

ID _____ 記入日 _____

○に✓をお願いします

※当院をどうやって知っていただきましたか

○近くを通して知った ○駅看板をみて ○ホームページをみて ○知人の紹介 ○その他

ふりがな 氏名 _____	○男 ○女	年齢 _____	身長 _____	体重 _____
		体温 _____	血圧 _____	脈拍 _____
生年月日(○明 ○大 ○昭 ○平) _____年 _____月 _____日				
ご住所 〒 _____			TEL 自宅 _____	
			携帯 _____	
同居のご家族(○配偶者 ○子供 ○親 ○配偶者の親 ○親戚 ○その他)				
職業 _____ *さしつかえなければご記入ください				

1 本日来院されたご用件は(○診察を受けたい ○検査を予約したい)

2 いつから、どのように具合がわるいですか？

3 現在治療中の病気はありますか？

○ない

○ある

糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 ぜんそく がん 緑内障 前立腺
その他 _____

4 現在服用されているお薬がありますか？

○ない

○ある

血糖を下げる薬 血圧の薬 高脂血症の薬 痛み止め

血液を固まりにくくする薬 _____

その他 _____

5 今までにかかった事のある病気はありますか

○ない

○ある

糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳卒中 肺疾患 ぜんそく

その他 _____

6 今までに手術をうけた事がありますか

○ない

○ある

①手術名 _____ 病名 _____ 時期 _____

②手術名 _____ 病名 _____ 時期 _____

③手術名 _____ 病名 _____ 時期 _____

7 あなたのご両親、ご祖父母、従姉弟の方で次の病気の方はおられますか？

ない

ある

がん

肝臓病

その他 特殊な疾患

※裏面もごさいます ご記入お願いします

8 食品や薬品(麻酔や造影剤など)でアレルギーが起こるものがあればご記入ください

①食品

ない

ある

食品の名前と症状

②薬品

ない

ある

薬品の名前と症状

その他

9 嗜好品について

アルコール 飲まない

飲む

1日量 _____ 合

週 _____ 回

アルコールを飲むと顔が赤くなりますか？ はい いいえ

たばこ

吸わない

吸う

禁煙した

1日 _____ 本

_____ 年前から

_____ 歳から

_____ 年間

10 輸血をうけた事がありますか？

ない

ある

11 1年以内に海外旅行をされた事がありますか？

ない

ある

場所 _____

12 女性の方にお伺いします

月経

順調

不順

無月経

閉経

_____ 歳

最終月経 _____ 月

_____ 日から

妊娠の可能性 あり なし わからない

ご記入ありがとうございました
個人情報本来の目的を超えて使用は致しません