

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな

お名前 生年月日 T S H 年 月 日

〒

ご住所

電話番号 緊急連絡先

身長 cm 体重 kg

① 本日はどのような症状で受診されましたか。具体的にお書きください。

症状 ()

いつから ()

② 今までに大きな病気をされたことがありますか。

・なし ・あり→どのような病気ですか。 ()

いつ頃ですか。 ()

③ 現在、治療中の病気がありますか。

・なし ・あり→どのような病気ですか。 ()

④ 現在、飲んでいる薬はありますか。

・なし ・あり→薬の名前 ()

⑤ 今まで、食べ物や薬でアレルギー症状（発疹や気分不良など）が起こったことがありますか。

・なし ・あり→食べ物/薬の名前 ()

⑥ ご家族（血のつながりのある方）に以下の病気がありますか。

1) 高血圧、2) 糖尿病、3) 高脂血症、4) 心臓病、5) 脳卒中、6) がん、

7) 肝臓病、8) 喘息、9) その他 ()

⑦ たばこについての質問です。

吸わない 過去に吸っていた 現在吸っている (1日 本) (歳から)

⑧ お酒についての質問です。

・飲まない

・飲む→具体的に頻度、お酒の種類 ()

⑨ 女性の方への質問です。

現在妊娠していますか。 1) はい (週数) 2) いいえ

現在授乳中ですか。 1) はい 2) いいえ

以下は簡単なアンケートをお願いしています。よろしければ、ご協力をお願いします。

・当院を知ったきっかけは何ですか？

電話帳、看板、ご家族が通院している、知人・友人の紹介、当院のホームページ、

他医療機関からの紹介、その他 ()