

問 診 票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女
氏 名		
生年月日	年 月 日	ご職業
住 所 〒		
電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ その他 () ※連絡可能な電話番号の記載をお願いします。	
身長	cm	体 重 kg

- (1) どのような症状がありますか？あてはまるものに○で囲んでください。
 発熱 頭痛 せき 鼻水 のどの痛み 胃痛 腹痛 吐き気
 下痢 体がだるい 動悸 息切れ 胸痛 筋肉痛 関節痛
 その他 ()
- ・ そのような症状はいつからですか？
 ()
- (2) 現在治療中の病気や内服中のお薬はありますか？ あり ・ なし
 病名 ()
 薬品名 ()
 ※お薬手帳ご持参の方は提出を願います。
- (3) 今までに大きな病気や入院手術歴はありますか？ あり ・ なし
 病名 ()
 病院名 ()
 いつ頃 ()
- (4) アレルギーはありますか？ あり ・ なし
 薬品・注射 ()
 食品 ()
 その他 ()
- (5) たばこを吸いますか？
 ・ 吸ったことがない
 ・ 以前吸っていた1日 本 (才から 才まで)
 ・ 今も吸っている1日 本 (才から)
- (6) アルコールを飲みますか？
 飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 週 回くらい ・ 時々)
 (種類： 量：)
- (7) 血縁者に次の病気の方はいますか？ ※記載例 糖尿病：祖母 高血圧：父
 糖尿病： 高血圧： 心臓の病気： 脳卒中：
 甲状腺： 脂質異常症・高脂血症： 癌：
 喘息： 結核： 肝炎： その他 ()：
- (8) 女性の方にお伺いします。
 ① 最終月経 () 月 () 日から () 月 () 日まで
 順 ・ 不順 ・ 閉経 () 才
 ② 現在妊娠の可能性はありますか？
 はい ・ いいえ ・ 妊娠中 () か月
- (9) 検査データの異常など急な連絡が必要な場合ご家族へ電話をしても良いでしょうか？
 良 ・ 否 / 連絡してほしい家族の電話番号 ()