

問診票

ふりがな

氏名: _____

生年月日: T・S・H 年 月 日 年齢: _____ 歳 性別(男・女)

住所: 〒 _____

電話番号: _____ 携帯番号: _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg 体温: _____ °C 血圧: _____ mmHg

① いつ頃から、どのような症状がありますか？具体的にご記入下さい。

② 今までに入院や手術が必要な大きなケガや病気になったことはありますか？
なし・あり(病名: _____ → _____ 歳)

③ 食品、薬剤等のアレルギー、アレルギー性疾患はありますか？具体的にご記入ください。
(_____)

④ 現在使用中のお薬(内服・注射)はありますか？(はい ・ いいえ)
現在服用中のお薬がある方は、お薬手帳を受付にお渡してください。
(_____)

⑤ 今まで何か病名を言われたことのある方は、下記に○又はその他に病名を記入下さい。
肥満 高血圧 糖尿病 脂質異常症 緑内障 その他(_____)

⑥ ご両親やご兄弟で心臓病や脳卒中になられた方はいらっしゃいますか？
(はい ・ いいえ) おわかりになればその病名 (_____)

⑦ たばこを吸ったことがありますか？(はい ・ いいえ)
現在喫煙中の方
一日の平均喫煙本数(_____ 本)、喫煙期間(_____ 年)
禁煙された方
禁煙前1日どのくらい喫煙されていましたか(_____ 本)、喫煙期間(_____ 年)
何歳の時に禁煙されましたか？ (_____ 才)

⑧ 定期的にお酒は飲みますか？(はい ・ いいえ)

⑨ 妊娠の可能性または授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

⑩ どのようにして当院をお知りになりましたか？
知人の紹介・通りがかり・近所・当院ホームページ・内覧会・広告・その他(_____)