

# 問 診 票

記入日                      年                      月                      日

ふりがな		性 別	生 年 月 日
氏 名		男 ・ 女	年                      月                      日                      (                      歳)
住 所	〒                      -	電話	自宅
			携帯

来院時 体温                      °C

<u>本日はどうされましたか</u> 	
<u>今回の症状はいつからですか</u> 	
<u>治療中の病気はありますか (今までに指摘されたことがある場合も記入してください)</u> 高血圧    高脂血症    糖尿病    高尿酸血症    甲状腺疾患    肝臓病    心臓病 腎臓病    胃腸疾患    緑内障    前立腺肥大    呼吸器疾患    がん (                      ) その他 (                      )	
<u>現在、服用中の薬はありますか</u> いいえ ・ はい (                      ) ※お薬手帳は診察時お渡してください	
<u>手術を受けたことがありますか</u> いいえ はい → いつ頃 (                      )	
<u>アレルギーはありますか</u> いいえ はい → 薬 (                      )、食物 (                      )、花粉症、その他 (                      )	
<u>タバコは吸われますか</u> いいえ ・ 以前は吸っていた はい → 1日                      本を                      年	<u>お酒は飲まれますか</u> いいえ ・ 以前は飲んでいて はい → 1日量                      週                      日
<u>当院を受診されたきっかけはなんですか</u> 紹介 (家族 ・ 知人)                      広告 ・ ホームページ                      近所                      その他 (                      )	

※ 女性の方にお聞きします

<u>現在、妊娠の可能性はありますか</u>	はい (                      ヶ月) ・ いいえ ・ わからない
<u>現在、授乳中ですか</u>	はい ・ いいえ