

問 診 票

下記に記入もしくは丸で囲んでください。記入方法でわからないことがありましたら、窓口でお聞きください。

お名前： _____ 生年月日：大・昭・平 _____ 年 月 日

性別：男・女 _____ 職業： _____

住所：〒 _____

電話番号：第1連絡先 (_____) _____ 第2連絡先 (_____) _____

第3連絡先 (_____) _____ 携帯電話番号もお書きください

1. 今日はどうなさいましたか？ 風邪症状 体温： _____ °C 腹痛 糖尿病 高血圧 高脂血症 花粉症
健康診断 禁煙外来 その他 (_____)

2. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？ はい いいえ

はいと答えられた方にお聞きします。病名とかかった年齢をお書きください。

糖尿病 (_____) 歳、高血圧 (_____) 歳、高脂血症 (_____) 歳、狭心症 (_____) 歳、心筋梗塞 (_____) 歳、

脳梗塞 (_____) 歳、脳卒中 (_____) 歳、その他の病気 (_____) (_____) 歳

手術 (_____) (_____) 歳

3. お酒は飲まれますか？

飲まない 飲む (毎日、週に _____ 日、月に _____ 日)、量はどの程度ですか？ ビール (_____) mL、

日本酒 (_____) mL、焼酎 (_____) mL、ウイスキー (_____) mL、ワイン (_____) mL

4. たばこは吸われますか？ 吸わない 吸う (1日 _____ 本)

5. 血縁関係がある方で下記の病気にかかれた方はみえますか？その方の続柄をお書きください。

糖尿病 (_____)、高血圧 (_____)、高脂血症 (_____)、心筋梗塞 (_____)、

脳血管疾患 (_____)、がん (_____)

6. 体重についてお聞きします。20歳の体重は (_____) kg、これまでの最高体重は (_____ 歳の時に (_____) kg。

7. 今までに薬や注射で発疹がでたり、気分が悪くなったことはありますか？

なし あり そのお薬は何ですか？ (_____)

8. 当院にかかろうと思われたのは、友人の勧め、病院・医院からの紹介、看板を見て、

インターネットで見て (よろしければ、そのサイトをお書きください： _____)

※妊娠中、感染症の方は受付にお申し出ください。