

# 問診表

(フリガナ)

氏名： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日 才

住所： 〒

電話番号： 職業：

1. 紹介状： あり ・ なし ( 病院名： )

2. どのような目的で来院されましたか？：

3. どこがどのように具合が悪いですか？：

それは、いつからですか？：

そのことでどちらかの医師の診察を受けていますか？： はい ・ いいえ

病院名：

病名および服用薬剤：

4. 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？： はい ・ いいえ

5. 食物や薬品のアレルギーはありますか？： ない ・ ある  
(食品： 薬品： )

6. 次の病気はありますか？： 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ ない

7. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。  
タバコ： 吸わない ・ 吸う (1日に 本、約 年間)

酒： (量： 1回 杯 / 毎日 ・ 週に1～3回 ・ 月に1～3回 )

8. 女性の方へ  
現在、妊娠している可能性はありますか？： ない ・ ある  
現在、授乳中ですか？： いいえ ・ はい

9. 65歳以上の方へ  
介護保険を利用していますか？： はい ・ いいえ  
現在のお住まいについて： 独居 ・ 同居 ( )

10. その他  
何かご質問、ご相談ありますか？

