

問診表

(フリガナ)

氏名

性別 男・女 生年月日 年 月 日 才 身長 体重 ご職業

電話番号 (携帯) :

住所 〒

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のですか? :

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. 近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか?

癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、
腎臓病、結核、その他

6. 食物や薬品のアレルギーはありますか? (ない・ある)

(食品:

薬品名:)

7. 下記の中で当てはまる場所を選んで下さい。

便通: 快便 下痢 便秘 (日に 回)

たばこ: 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

妊娠している可能性は? ない・ある

最終月経は? (月 日) 閉経している

9. その他

何かご質問、ご相談はありますか?