

問 診 表

ふりがな

氏名	男・女	大・昭・平	年	月	日	才
住所		TEL				
		身長		cm		
		体重		kg		

1. 今日はどうされましたか？ (いつ頃からどの部分がどう具合が悪いのかお書きください)

2. 今までに薬や注射でアレルギーを起こしたことがありますか？

詳しく
ない・ある … {

3. 最近の体調について

どのように？

- ・ 食欲 — 普通 ・ 悪い … { }
- ・ 睡眠 — 普通 ・ 悪い … { }
- ・ 便通 — 日 回 … { }

4. 嗜好品について

- ・ 飲酒 — いいえ ・ はい … ビール 本/日 酒 合/日 他
- ・ たばこ — いいえ ・ はい ・ 中止 … 本/日 年くらい (期間) ※喫煙歴

5. 今までにかかった大きな病気がありますか？ あればお書きください。

病名・いつ頃
ない ・ ある … { }

6. あなたの血縁関係(祖父母・父母・兄弟・子供)で下記の病気にかかった人があれば○印をつけて下さい。

- ・ がん () ・ 高血圧 () ・ 心臓病 () ・ 糖尿病 () ・ 肺結核 () ・ その他 ()

7. 女性の方へ

- ・ 月経 … (規則的 ・ 不規則) 最終月経 年 月 日 日間
- ・ 妊娠の可能性は？ … (ある ・ なし ・ わからない)

最後に当院をどのようにして、お知りになりましたか？ ○印をつけて下さい。

- ・ 知人に () ・ インターネット () ・ タウンページ () ・ 駅他かんばん ()
- ・ その他 ()

ご協力ありがとうございました。