

問 診 票

フガナ

氏名: _____ 生年月日: M・T・S・H 年 月 日

住所: 〒 _____

電話番号 [自宅] _____ [携帯] _____

1. いつ頃から、どこが、どのような症状で困っていますか。

2. 今までに何か病気にかかったことがありますか。
高血圧 ・ 心臓の病気 ・ 糖尿病 ・ その他:

3. ほかの病院にかかっていますか。(はい ・ いいえ)
(病院名: _____)
(病名: _____)

4. 現在、何かお薬を飲まれていますか。(はい ・ いいえ)
(お薬の名前: _____)

5. 血縁者に下記の病気の方がいますか？(複数選択可)
高血圧 ・ 心臓の病気 ・ 糖尿病 ・ その他:

6. 今までにあわなかった薬やアレルギーがありますか。(はい ・ いいえ)
(薬の内容: _____)

7. 今までに手術をしたことがありますか。(はい ・ いいえ)
*いつ頃、何の手術ですか。
(_____)

8. その他
アルコール: 飲まない ・ つきあい程度 ・ 毎日飲む (_____ を _____ /日)
たばこ: すわない ・ 以前すっていた (_____ 歳まで)
すう (_____ 本/日 _____ 年間)

女性の方のみ、お尋ねします。

現在、妊娠の可能性はありますか。(はい ・ いいえ)
最終月経は、 _____ 月 _____ 日～