

問診票

平成 年 月 日

フリガナ	お名前	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	生まれ

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ ℃ 血圧 _____ mmHg

① 一番お困りの症状は何ですか？（いつから、どこが、どのように）

② 今までにかかったことのある病気や持病について。（ある・特にない）

高血圧 糖尿病 高脂血症 胃炎 胃十二指腸潰瘍 緑内障 アトピー 花粉症
喘息 脳卒中 心臓病 肝臓病 腎臓病 子宮筋腫 貧血 痛風 結核
癌 外傷 その他()

③ 現在、何か飲んでいる薬はありますか？（ある・特にない）

薬の名前 _____

④ 今までに薬や食べ物で異常な反応(アレルギー)が出たことはありますか？（はい・いいえ）

薬や食べ物の名前 _____

⑤ 嗜好について

【アルコール】 飲まない
禁酒した 約 _____ 年前
飲む ほぼ毎日 _____ ときどき _____ 付き合い程度 _____
・日本酒 _____ 合/日 _____ ・ビール _____ 本/日 _____ ・ウイスキー _____ 杯/日

【タバコ】 吸わない
禁煙した 約 _____ 年前
吸う _____ 本/日

【コーヒー】 飲まない
飲む 1日 _____ 杯くらい

⑥ ご家族および血縁の方で次のような病気はありますか？（該当するものに続柄をご記入ください）

心臓病() 脳卒中() 糖尿病() 肝臓病() 結核() 癌()

⑦ 女性の方のみご記入ください。

月経は？ 順 不順 閉経 (_____ 歳)
最終月経は？ 月 日
現在妊娠あるいは、その可能性がありますか？ (はい (_____ ヶ月) ・ いいえ ・ わからない)
現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)