

## 問診票

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、窓口でお聞きください。

ふりがな	男 女	大正	年	月	日生
お名前		生年月日	昭和		
			平成		( )才
ご住所 〒			自宅電話番号：		
			携帯番号：		
勤務先：					
その他連絡先電話番号：					

1) 今日はどのような症状でおいでになりましたか？

症状：

  

それは、いつ頃からですか？

2) 今までに、入院するような大きな病気にかかったことがありますか？

はい (病名： ) ・ いいえ

3) 現在、通院している病院はありますか？

はい (病院名： ) ・ いいえ

4) 今までに、手術を受けたことがありますか？

はい (病名： ) ・ いいえ

5) 今までに、生活習慣病と指摘されたことがありますか？

はい (○で囲んでください→ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ) ・ いいえ

6) 生活習慣についてお尋ねします

a) アルコールを飲みますか？

はい ( 時々 ・ 2-3日おき ・ 1-2日おき ・ ほぼ毎日を\_\_年間) ・ いいえ

b) たばこを吸いますか？

はい ( \_\_本/日を\_\_年間) ・ いいえ

c) 睡眠時間はどれくらいですか？ ( ) 時間

7) 今までに、薬を飲んだり注射を受けた後で、気分が悪くなったり体に発疹がでたことがありますか？

はい (わかれば具体的に： ) ・ いいえ

8) 現在、服用している薬はありますか？

はい (薬品名： ) ・ いいえ

9) 女性の方に伺います

現在、妊娠されていますか？ : はい ( カ月) ・ 可能性あり ・ いいえ

現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

10) その他、ご質問があればお気軽にご記入ください。