

問診票

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
氏名			年齢	(歳)			
住所	〒 -			職業			
電話番号	(自宅)		(携帯)				

◎ 受診される科に○をつけてください

一般内科 ・ 外科 ・ 心療内科 ・ その他 ()

※ 心療内科で受診の方

診察にお時間をいただいております。順番が前後いたしますので、あらかじめご承知おきください。

◎ 本日は、どうなさいましたか

→ いつからですか ()

◎ 今まで罹った / 通院・入院・手術治療歴はありますか

・ なし ・ あり (狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病・高血圧・貧血・腎臓病・喘息・
その他)

◎ 飲んでいる薬はありますか ・ なし ・ あり ()

※ お薬手帳をお持ちの方は受付に出してください

◎ 喫煙について ・ 喫煙なし ・ 喫煙あり (1日 _____ 本 継続年数 _____ 年)

◎ 飲酒について ・ 飲酒なし ・ 飲酒あり (・ 機会飲酒 ・ 毎日 ・ 週 _____ 回)

→ 種類 : _____ 1回量 : _____ ml

◎ 血縁者で病気になった方がいますか

・ なし ・ あり (心臓疾患・脳疾患・糖尿病・高血圧・貧血・腎臓病・アレルギー・膠原病・
その他 _____)

◎ 薬や注射、食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか

・ なし ・ あり (薬の名前 : _____ 食べ物 : _____)

◎ 健診受診されていますか ・ なし ・ あり (最終健診日時 : _____ 年 _____ 月頃)

◎ (女性の方) 妊娠中または授乳中ですか ・ いいえ ・ はい 妊娠 (_____ 週)

* ご協力ありがとうございました *