

問 診 票

ふりがな _____	男 ・ 女
御名前 _____ 様	
〒 _____	
御住所 _____	
TEL _____	携 帯 電 話 _____
生年月日 _____	大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 才

お薬量の調整のため、お子さん・生活習慣病治療の方にお伺いいたします

◆身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

◆どのような症状で来院されましたか

- 発熱 咳 痰 のどの痛み 鼻水 動悸 息切れ 胸痛
腹痛 便秘 下痢 嘔吐 頭痛 しびれ めまい 関節痛
頻尿 倦怠感 体重減少 むくみ 不眠 発疹 その他 ()

◆いつからですか

- 本日から 昨日から _____ 日前から _____ 週前から その他 ()

◆今までにかかったあるいは現在かかっている病気を教えてください 特になし

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳卒中 (脳梗塞)
癌 気管支喘息 胃潰瘍 前立腺肥大 その他 ()

◆他の病院にかかっていますか いいえ はい (病医院名:)

◆他に服用しているお薬がありますか いいえ はい (薬品名:)

◆家族の方がかかっている／かかったことがある病気があれば教えてください 特になし

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 脳卒中 (脳梗塞)
癌 気管支喘息 その他 ()

◆アレルギーがありますか 特になし

- 薬物 () 食物 ()
花粉症 () その他 ()

◆たばこ 吸う 《1日 _____ 本・喫煙年数 _____ 年》

現在吸わないが、過去に吸っていた 吸わない

当院では、保険のできる禁煙治療を行っています。治療を希望されますか？ (する ・ しない)

◆アルコール 毎日《日本酒 1日 _____ 合》《ビール 1日 _____ 本》 時々 飲まない

◆本日、希望されること・話を聞いてみたいことはありますか

- 検査 (血液検査・胃カメラ) 点滴 プラセンタ注射 にんにく注射
予防接種 検診 総合病院へ紹介 その他 ()

◆女性の方のみにお聞きします。妊娠の可能性はありますか はい (_____ ヶ月) いいえ

◆その他何かあればご記入ください

(_____)

※この問診表は診察目的にのみ使用します。また、本人の同意なく第三者には開示いたしません。