

問診票

身長 cm 体重 kg (薬の加減などに必要です。)

住所 〒

お名前 (フリガナ) _____ (_____) _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

緊急連絡先 (緊急時に連絡しますので当院からの連絡を受けられるように準備してください。)

(1) _____ (携帯・自宅・会社)

(2) _____ (携帯・自宅・会社)

今回の受診についておききします。

1. お困りのことは何ですか？
2. いつからどのように経過しているのか、具体的に教えてください。
3. ほかの医療機関の受診をされましたか？その内容や結果はどうでしたか？
(紹介状がない方は詳しくお書きください。)

4. 妊娠中・授乳中の方は丸を付けてください。

妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊娠計画中

5. 心配なことや治療に関する希望など、何かあればご記入ください。

一般的な事をお聞きします。

1. 薬のアレルギーはありますか？ なし あり ()

2. その他のアレルギーはありますか？ なし あり ()

3. 現在の職業は何ですか？

4. 今までにかかった病気とその年齢を教えてください。
(お持ちの方は、お薬手帳や血液検査結果をご用意ください。)

5. アルコール消毒は大丈夫ですか はい いいえ

6. お酒はのみますか？何をどれくらい飲みますか？

飲まない 時々 ほぼ毎日 (何を？ どれくらい？)

7. タバコは吸いますか？ それは 何年間、一日平均何本ぐらいでしょうか？

吸わない ・ 過去に喫煙 ・ 喫煙中 : 年間 本/日

8. 同居の方はどなたですか？○をつけてください。

父 母 配偶者 子 祖父 祖母 兄弟姉妹 その他 ()

9. 血縁のある家族の病気 (高血圧、糖尿病、高脂血症、心臓病、がん など)

祖父 祖母 父 母

兄弟姉妹 子