

問 診 票

____年 ____月 ____日

ふりがな
氏 名 _____

住 所：〒 _____

電話番号： _____

携帯電話： _____

性別：男性・女性

年齢： _____ 歳

明治・大正・昭和・平成

____年 ____月 ____日生

身長： _____ cm 体重： _____ kg

体温： _____ °C

職業： _____

***** 診療の参考にしますので、下記の質問にご記入をお願いします *****

一番お困りなのは、どのような症状ですか？

大きな病気にかかったことがありますか？

ある・ない

病名： _____

手術を受けられたことがありますか？

ある・ない

病名・部位： _____

アレルギー疾患（気管支喘息・アトピーなど）はありますか？

ある・ない

病名： _____

薬や注射・食物などでアレルギーが出たことはありますか？

ある・ない

薬など： _____

食 物： _____

現在、通院中の病気や定期的なお薬はありますか？

ある・ない

病名： _____

お薬： _____

タバコは吸われますか？

はい・いいえ・以前は吸っていた

一日 _____ 本 × _____ 年、禁煙してから _____ 年 ____ 月

アルコールは飲まれますか？

はい・いいえ・機会があれば

一週間に _____ 日飲酒する

お酒の種類と量： _____

女性の方にお聞きします。

現在、妊娠しているか、その可能性がありますか？

はい・いいえ・わからない

最後の月経は、いつ始まりましたか？

____ 月 ____ 日

何かお困りのことや、相談したいことがありましたら、ご記入下さい。