

# 問 診 表

職員 記入欄	_____ 都 道 府 県 _____ 市 町 村 _____ 年 月 日
-----------	---------------------------------------

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳・身長 \_\_\_\_\_ cm・体重 \_\_\_\_\_ kg

※体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出下さい。

①今日どのような症状があって来院されましたか？具体的に記入して下さい。 ・いつから 【時期】 ・どこが 【部位】 ・どのように 【症状】 ①-2 他の病院で指摘された病名はありますか？ ・ある (病名 _____ ) ・ない
②今までに病院などで、指摘されたことがある病気はありますか？ ・ある <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ・ない
③現在飲んでいるお薬はありますか？(漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む) ・ある (薬の名前: _____ ) ・ない
④今までに手術を受けられたことはありますか？ ・ある ( _____ ) 歳 (病名: _____ ) (病院名: _____ ) ・ない
⑤輸血を受けられたことはありますか？ ・ある ( _____ 年 _____ 月ごろ) ・ない
⑥薬や注射によるショック・湿疹・じんま疹などの副作用を経験したことがありますか？ ・ある (薬の名前: _____ ) ・ない
⑦アレルギー体質といわれたことがありますか？ ・ある ( _____ ) ・ない
⑧タバコは吸われますか ・吸っている(1日 _____ 本くらい) ・以前吸っていた( _____ 年前・1日 _____ 本くらい) ・吸わない
⑨お酒類は飲まれますか？ ・飲む (種類: _____ ・どのくらい: _____ ) ・飲まない
⑩ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか？ ・いる (続柄: _____ ) (病名: _____ ) ・いない
⑪女性の方にお聞きします。 ・最終月経日はいつですか？( _____ 月 _____ 日) ・月経は順調ですか？(順調・不順・閉経) ・妊娠していますか？(はい・いいえ・わからない) ・授乳していますか？(はい・いいえ)

ID _____	受付時間 _____ :	紹介状 フィルム	有・無 有・無	CD-R 心電図	有・無 有・無
----------	--------------	-------------	------------	-------------	------------