

問診票

No _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男 女	大・昭・平 年 月 日 (才)
住所 〒 _____ - _____		
電話番号 <自宅>		<携帯>

- ① いつ頃からどのような症状がありますか。
[_____]
- ② 現在治療中の病気がありますか。 はい いいえ
[病名: _____]
- ③ 現在服薬中の薬はありますか。(サプリメントを含む) はい いいえ
[薬品名: _____]
- ④ 下記の病気にかかったことはありますか。
喘息 (才頃) 花粉症 (才頃) 肺炎 (才頃)
痛風 (才頃) 胃・十二指腸潰瘍 (才頃) がん (才頃)
その他 [_____] (才頃)
- ⑤ 下記の手術を受けたことはありますか。
虫垂炎 (才頃) そけいヘルニア (才頃) 骨折 (才頃)
子宮筋腫 (才頃) 卵巣嚢腫 (才頃) 帝王切開 (才頃)
その他 [_____] (才頃)
- ⑥ 交通事故で入院したことはありますか。 はい いいえ
[_____ (才頃)]
- ⑦ 薬や食べ物などでアレルギー症状をおこしたことがありますか。 はい いいえ
[薬品名・食品名: _____]
- ⑧ ご家族で下記の病気の方がおられますか。
がん[続柄: _____] 心臓病[_____] 糖尿病[_____] 高血圧[_____]
高脂血症[_____] 脳梗塞・脳出血[_____] 肝臓病[_____] 結核[_____]
- ⑨ 現在の状態について教えてください。
 タバコ 吸わない 吸う (_____ 本/日)
 アルコール 飲まない 飲む (種類: _____ 、 _____ 本(合)/日)
 食事回数 [_____ 回/日] 睡眠時間 [_____ 時間/日]
 最高体重 [_____ Kg] (才頃)
- ⑩ 女性の方へ(男性の方は記入不要です)
 妊娠している可能性はありますか。 はい いいえ
 出産経験はありますか。 はい いいえ
 授乳をされていますか。 はい いいえ
 生理は順調ですか。 はい いいえ
 最終生理日はいつですか。 [_____ 年 _____ 月 _____ 日]

ご協力ありがとうございました。