

問 診 票

ふりがな	生年月日	性別	体温
お名前	S/H/R 年 月 日 ( 歳)	男・女	℃
住所 〒 —			
連絡先電話番号	身長	体重	
	cm	kg	

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください。

●本日はどうなさいましたか？あてはまるものにチェックをつけてください。

- 発熱       のどの痛み    せき       たん       息苦しい    胸の痛み
- 頭痛       鼻水           目のかゆみ    からだがだるい
- 腹痛       吐き気       おうと       下痢       便秘       食欲がない
- 腰痛       めまい・ふらつき       血圧が高い (      /      mmHg)
- 健診結果のご相談       予防接種       健康診断
- 睡眠外来 (いびき・日中の眠気・無呼吸の指摘)       禁煙外来
- その他の症状はこちらにご記入ください。

[ ]

●現在治療中の病気

- あり       なし
- 高血圧     高脂血症    糖尿病     腎臓病     痛風 (尿酸値が高い)
- 脳こうそく    不整脈     ぜんそく    花粉症     ダニ・ハウスダストアレルギー
- 緑内障     関節リウマチ       アトピー
- その他 (      )

●今飲んでいるお薬

- あり       なし
- おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

[ ]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？

- あり       なし

[ ]

●今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？

- あり    なし

・いつ頃

---

・病名

---

●生活習慣について

- ・お酒     飲む       飲まない
  - ・たばこ    吸う (1日 本 年間)    吸わない       禁煙した ( 年前から)
- (過去喫煙歴：1日 本 年間)

●女性の方にお伺いします

- ・現在妊娠中ですか       はい       いいえ       妊娠の可能性あり
- ・現在授乳中ですか       はい       いいえ