

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

- 飲む 飲まない
 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

- はい いいえ 妊娠の可能性あり
 はい いいえ

