

## 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

