

## 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