

問診票

受診日 年 月 日 ()

フリガナ		生年月日	大・昭・平	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅 : ()	携帯 :	-	-		
ご職業	会社員 / 大学生 / 高校生 / 小中学生 / 主婦 / パート・アルバイト / 無職 / その他 ()					

業務歴 特になし あり ⇒ 仕事内容 () 期間 年 ヶ月

自覚症状 特になし 動悸 頭痛 肩こり めまい 耳鳴り 倦怠感 息切れ
 胸焼け 顔や手足のむくみ のどが渇く 手足のしびれ 腰痛
 その他・具体的に ()

現在もっている病気 なし あり ⇒

病名 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) 緑内障
 高血圧 糖尿病 貧血 喘息 不整脈 骨粗鬆症 がん
 コレステロール・中性脂肪が高い 尿酸が高い アトピー 精神疾患
 その他 ()
 具体的に (いつから発症または治療を開始したかをお書きください。)
 ()

現在飲んでいる薬 なし あり ⇒

薬のなまえ (具体的に お薬手帳がありましたら、そちらをお見せください。)
 ()

過去にかかった病気 なし あり ⇒

病名 脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) 心疾患 (狭心症、心筋梗塞等) 不整脈
 貧血 痛風 胆石 胃・十二指腸潰瘍 虫垂炎 (盲腸) がん
 肺炎 気胸 喘息 尿管結石 腎疾患 精神疾患 骨折
 その他 ()
 具体的に (いつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください。)
 ()

家族の既往歴 なし あり ⇒

病気のあった家族 (○で囲んでください。) ... 父・母・兄・弟・姉・妹
 病名 高血圧 糖尿病 心疾患 不整脈 がん 結核 精神疾患
 コレステロール・中性脂肪が高い 尿酸が高い
 その他 ()

薬・食物のアレルギー なし あり ⇒

該当する薬や食物のなまえ
 ()

喫煙 吸わない 吸う やめた () まで吸っていた)
 1日平均 () 本 × () 年間

飲酒 飲まない 飲む やめた () まで飲んでいた)
 飲酒回数 : 時々 週 () 日 毎日
 平均飲酒量/日 (清酒換算) : 1合未満 2合未満 3合未満 3合以上
 清酒1合【80ml】の目安: ビール中瓶1本 500ml、焼酎35度 80ml、ウイスキーダブル1杯 60ml、ワイン2杯 (240ml)

* 女性の方のみお答えください。
 現在妊娠中および妊娠の可能性 なし あり
 生理中ですか いいえ はい

ご来院きっかけについてお聞かせください。
 1家の近くで見て 2会社の近くで見て 3学校の近くで見て 4インターネットを見て 5駅の広告を見て 6新聞雑誌を見て 7ご家族からの紹介
 8知人からの紹介 9タウンページを見て 10病院からの紹介 11学校からの紹介 12セミナー 13その他 ()