

問診票

受診日 年 月 日()

フリガナ		生年月日 大・昭・平・令 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 / 無職 / パート・アルバイト/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・食べ物のアレルギー なし あり ⇨

該当する薬や食べ物のなまえ
 ()

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(180ml)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()