

# 問診票

記入日 年 月 日

フリガナ

名前 \_\_\_\_\_ (男・女) 職業・業種 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

住 所： 〒 \_\_\_\_\_

電 話：自宅 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 携帯 ( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ )

緊急連絡先：( \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ) 氏名： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )

診察する上で大切な資料となりますので、可能な範囲で詳しくご記入ください。

1	どのような症状がいつ頃からありますか？	
2	今まで、以下の病気と診断されたことがありますか？ ① 心臓病 ② 高血圧 ③ 糖尿病 ④ 脂質異常症 ⑤ 肝臓病 ⑦ 腎臓病 ⑧ 喘息 ⑨ アレルギー疾患 ⑩ 緑内障 ⑪ 前立腺疾患 ⑫ がん ⑬ その他 病名：	なし
3	血縁関係に上記の病気と診断された方がいますか？ どなたが？ _____ 病名(番号)： _____	なし
4	治療中の病気はありますか？ 病名： _____ 内服中の薬はありますか？ 薬の名前： _____ 当院以外でかかっている 医療機関はありますか？ 病院名： _____	なし
5	今までに手術を受けたことがありますか？ 病名： _____ 手術した時期： _____	なし
6	今までにアレルギーを起こしたことがありますか？ 薬名・注射名・食べ物等：	なし
7	嗜好品についてお聞かせください たばこ： 吸わない・吸う ( 本/日)、(喫煙期間 歳～ 歳まで) お酒： 飲まない・飲む (週 日)(何をどのくらい飲まれますか？： )	
8	女性の方へ 妊娠中または妊娠の可能性ありますか？ はい・いいえ 閉経： 歳頃 授乳中ですか？ はい・いいえ	
9	診察に関して、ご希望等がございましたらご記入ください	

記入いただいた内容は診察行為に関するのみ使用いたします。

しばそのクリニック 院長