

問 診 表

年 月 日

名前 _____ (男・女) 年齢 _____ 歳・身長 _____ cm・体重 _____ kg

体調が悪くて我慢できなくなった際は、遠慮なく職員までお申し出下さい。

今日は何のような症状があって来院されましたか？具体的に記入して下さい。

・いつから 【時期】

・どこが 【部位】

・どのように 【症状】

-2 他の病院で指摘された病名はありますか？

・ある (病名 _____)

・ない

今までに病院などで、指摘されたことがある病気はありますか？

・ある 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息
緑内障 その他 (_____)

・ない

現在飲んでいるお薬はありますか？(漢方薬・健康食品・サプリメントなどを含む)

・ある (薬の名前: _____)

・ない

今までに手術を受けられたことはありますか？

・ある (_____) 歳 (病名: _____) (病院名: _____)

・ない

輸血を受けられたことはありますか？

・ある (_____ 年 _____ 月ごろ)

・ない

薬や注射によるショック・湿疹・じんま疹などの副作用を経験したことがありますか？

・ある (薬の名前: _____)

・ない

アレルギー体質といわれたことがありますか？

・ある (_____)

・ない

タバコは吸われますか

・吸っている(1日 _____ 本くらい) ・以前吸っていた(_____ 年前・1日 _____ 本くらい)

・吸わない

お酒類は飲まれますか？

・飲む (種類: _____ ・どのくらい: _____)

・飲まない

ご家族や血縁者の中に大きな病気をされた方はいますか？

・いる (続柄: _____) (病名: _____)

・いない

女性の方にお聞きします。

・最終月経日はいつですか？(_____ 月 _____ 日) ・月経は順調ですか？(順調・不順・閉経)

・妊娠していますか？(はい・いいえ・わからない) ・授乳していますか？(はい・いいえ)

ID _____ 受付時間 _____ ; 紹介状 有・無 CD-R 有・無
フィルム 有・無 心電図 有・無