

## 問診票

ふりがな			ご住所	(〒 - )
お名前		男		
		女		
年齢	( 歳)			
生年月日	年 月 日		職業	
電話	( )		携帯電話	
身長	cm	体重	kg	

1、どこがわるいのですか？

心臓・肺・胃腸・肝臓・血圧・糖尿病・その他( )

2、いつごろから悪くなりましたか？

( 月 日から、 月前、 年前)

3、どのようにわるいのですか？

4、他の病院でみてもらったことがありますか？

・ある( 病院) ・ない

5、現在、何かお薬を飲んでいますか？飲んでいれば何のお薬ですか？

・飲んでいる( )

・飲んでいない

6、今までに大きな病気をしたことがありますか？

・ある( 年 月頃)(病名 )

( 年 月頃)(病名 )

・ない

7、今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

・ある( 年 月頃)(病名 )

( 年 月頃)(病名 )

・ない

8、喘息になったことがありますか？

・ある ・ない

9、血縁者に下記の病気にかかった事のある人がいますか？あればどなたですか？

心臓病( ) 高血圧( ) 肝炎( ) 結核( )

糖尿病( ) その他( )

10、煙草:吸う( 本/日)・吸わない お酒: 飲む( 本/日)・飲まない

11、現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？ はい・いいえ

12、ここ3か月の間に海外に行きましたか？ ・はい(場所 )・いいえ