

## 問 診 表

住所	〒 _____ ー _____		
フリガナ	電話番号 ( _____ )		
氏名	男	明 昭	
	女	大 平	年 _____ 月 _____ 日生

1.現在の症状は？当てはまる症状があれば○印をつけてください。

熱・咳・たん・鼻水・下痢・嘔吐・セカンドオピニオン(医療相談)

その他の症状 \_\_\_\_\_ (体温 \_\_\_\_\_ °C)

2.現在医師の治療を受けたり、服用しているくすりがありますか？

1.は い      2.いいえ

3.今までにかかった病気(今かかっている病気も)について○印をつけて下さい。

高血圧・糖尿病・ぜんそく・アレルギー・肝臓病・胃腸病・心臓病・腎臓病  
高脂血症・がん・結核・前立腺肥大症・緑内障・その他( \_\_\_\_\_ )

以前に手術を受けたことがありますか？

1.は い      2.いいえ

ある方は、いつごろ \_\_\_\_\_ (輸血 有 ・ 無 )

病名は何でしたか \_\_\_\_\_

4.飲酒・喫煙されている方

飲酒:一日にどれくらい飲まれますか?( \_\_\_\_\_ )

喫煙:一日に( \_\_\_\_\_ 本程度)

5.注射や薬、食品などでアレルギー反応(発疹等)を、おこしたことがありますか？

1.は い      2.いいえ

6.血のつながっている方に、ご病気があれば○印をつけてください。

高血圧・糖尿病・脳卒中・甲状腺の病気・ぜんそく・がん・心臓病・膠原病  
アレルギー・腎臓病・肝臓病・高脂血症・その他( \_\_\_\_\_ )

7.現在、妊娠中ですか？(女性の方のみ記入してください。)

1.は い      2.いいえ      3.わからない

8.当医院を何で知りましたか？

1.近所だから(自宅・会社) 2.知人に聞いて 3.インターネットで

4.その他( \_\_\_\_\_ )