

問 診 表

お名前 _____ 生年月日 大・昭・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____ 電話 _____

以下の質問に可能な範囲でご記入お願い致します。

1. 本日来院された理由は何ですか？（いつからどのような症状がありますか？）

2. 今回の症状はどのような経過でしたか？そのことで医療機関に受診されていればそこでの診断名や治療内容もご記入お願い致します。

3. これまでかかった病気や治療中の病気について教えてください。

- ・糖尿病 はい いいえ
- ・高血圧 はい いいえ
- ・高脂血症 はい いいえ
- ・その他 (病名 _____)

4. 喫煙、飲酒歴について教えてください。

- ・喫煙 なし・吸っていた又は吸っている(1日 _____ 本 _____ 歳まで)
- ・飲酒 なし・あり(1日にどれくらい _____)

5. 過去に受けた治療や手術

- ・ _____ 年 _____ 月 病名又は手術名 _____
- ・ _____ 年 _____ 月 病名又は手術名 _____
- ・ _____ 年 _____ 月 病名又は手術名 _____

6. 現在服用中のお薬があれば教えてください。お薬手帳があれば見せてください。

7. お薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？

- ・ある(薬剤名 _____ 症状 _____)
- ・ある(食品名 _____ 症状 _____)

8. 女性の方に。 現在妊娠している ・妊娠している可能性がある

9. その他気になる症状があればご記入お願い致します。