

問 診 票

年 月 日

ふりがな

名前 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 (歳)

住所 _____ 電話 (家・携帯) _____ - _____

緊急連絡先 _____ - _____

(続柄)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C 職業 _____

1. 今一番お困りの症状は何ですか？ (いつから、どこが、どのように)

2. かかったことのある病気に○印をつけ、治療した年齢、病院名を教えてください。

高血圧 糖尿病 高尿酸血症 脂質異常症 (コレステロール・中性脂肪) 緑内障 前立腺肥大症

狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 結核 () 癌 その他 ()

3. 内服中の薬を教えてください。

4. 薬や食べ物でアレルギー (じんま疹、苦しくなる) はありますか？

薬： _____ 食べ物： _____

5. お酒、タバコの量・頻度を教えてください。

お酒： _____ /日 (~ 歳) タバコ： _____ 本/日 (~ 歳)

6. ご家族の病気に○印をつけてください。

父 高血圧 糖尿病 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 結核 () 癌

母 高血圧 糖尿病 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 結核 () 癌

兄 弟 姉 妹 高血圧 糖尿病 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 結核 () 癌

() 高血圧 糖尿病 狭心症・心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 結核 () 癌