

問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
名前 _____ (男・女) _____ 職業 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

診察する上で大切な資料となりますので、可能な範囲で詳しくご記入ください。

| | | |
|---|--|----|
| 1 | 受診した主な症状はなんですか？ その症状はいつ頃からありますか？ | |
| 2 | 今まで、以下の病気と診断されたことがありますか？ 心臓病・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病・喘息・アレルギー疾患・特異体質・虫垂炎・ 緑内障・前立腺・その他 (_____) | なし |
| 3 | 治療中の病気はありますか？ 病名： _____ 内服中の薬はありますか？ 薬の名前： _____ 当院以外でかかっている医療機関はありますか？ 病院名： _____ | なし |
| 4 | 血縁関係に上記の病気と診断された方がいますか？ どなたが？ _____ 病名： _____ | なし |
| 5 | 今までに手術を受けたことがありますか？ 病名： _____ 手術した時期： _____ | なし |
| 6 | 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？ 薬・注射・麻酔など 薬品名： _____ 食べ物・その他 食品名等： _____ | なし |
| 7 | 嗜好品についてお聞かせください たばこ： 吸わない・吸う (_____ 本/日)、喫煙歴 (_____ 年) お酒： 飲まない・飲む (_____ 日) (何をどれくらいですか？： _____) その他： (_____) | |
| 8 | 女性の方へ 妊娠の可能性： あり・なし、 最終月経： _____ 月 _____ 日、 閉経： _____ 歳頃 | |
| 9 | 診察に関して、ご希望等がございましたらご記入ください | |

記入いただいた内容は診察行為に関するのみ使用いたします。

芝西医院 院長