

# 問診票

<診察での参考に、わかる範囲で記載ください>

ID No.

20\_\_年\_\_月\_\_日

フリガナ			ご職業		
お名前	様	男	女	身長	cm
				体重	kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	生まれ(才)
〒住所	〒 - 住所				
☎でんわ	(自宅)	-	-	(携帯)	-
どのようにして当院をお知りになりましたか？					
1. 知人に聞いて 2. 近所 3. 通り道 4. インターネット 5. 広告など 6. その他( )					
紹介者があれば教えてください。…… 紹介者(医療機関名など)					

■本日の受診理由、具合の悪いところを具体的に記入してください。 

現在の体温	度
-------	---

  
( )

■それはいつからですか？  
年 月 日 頃から

■今回の症状でどちらかの**医院・病院**にかかりましたか？  
いいえ はい ( どちらの病院ですか？ ) (処方薬 )

■現在**定期通院中の病院**がありますか？  
いいえ はい ( 病名 )

■現在、**飲んでる薬**はありますか？ ※お薬手帳あれば、受付へご提出下さい  
いいえ はい ( 服薬中の薬 )

■今までに**かかった病気**があればチェックし、いつ頃か年齢を( )にご記入下さい。  
 高血圧 ( 才 )  脳卒中 ( 才 )  がん (臓器名: 、 才)  
 高脂血症 ( 才 )  喘息 ( 才 )  腎臓・肝臓病 ( 才 )  
 糖尿病 ( 才 )  肺炎 ( 才 )  結核 ( 才 )  
 心臓病 ( 才 )  緑内障 ( 才 )  その他 (病名: )

■**健康診断**(定期的に)受けていますか？ いいえ はい ( 市・職場・ドック・その他 )

■今までに**手術の経験**はありますか？  
なし あり 病名( ) いつ頃ですか( 才 )

■薬の**アレルギー**はありますか？ なし あり( )  
 食べ物の**アレルギー**はありますか？ なし あり( )  
 その他( )

■**たばこ** 吸う 過去に吸っていた( 才まで) 吸わない  
(1日 本、約 年間)

**アルコール** 飲む 過去に飲んでいて( 才まで) 飲まない  
(種類: 、1日 杯、毎日 時々 月に2~3回 極たまに)

■**肉親**に病気の方はいますか？いましたか？( )

■**女性**の方へ **妊娠**している可能性はありますか？ ない ある  
最終**月経**はいつですか？ ( 月 日~ ) 閉経している

■他に**気になること**がありましたらご記入ください。  
( )

わかばやし内科クリニック