

問診票

月 日

※ 定期受診されている方もお手数ですが、ご記入に協力をお願いします。

ふりがな

氏名 _____ □男/□女 T・S・H 年 月 日生まれ 歳

ご住所 〒 _____ 電話（携帯） _____

■ 本日はどのような症状でお困りですか？

- 検診で異常を指摘された。 健康相談 セカンドオピニオン
 体調が悪い（いつから？どこが？どのように？）

本日の体温 _____ 度 血圧 _____ / _____ mmHg 脈 _____ 回/分

■ 現在他の病院でも治療は受けられていますか？

- いいえ はい（薬： _____ ）

■ アレルギーはありますか？

- いいえ はい（花粉症、食べ物、薬： _____ ）

■ 治療中もしくは今までにかかった病気はありますか？

- 高血圧症（ _____ 才頃） 糖尿病（ _____ 才頃） 高脂血症（ _____ 才頃）
 心臓病（ _____ 才頃） 脳卒中（ _____ 才頃） 肺の病気（ _____ 才頃）
 がん（ _____ ）
 その他の病気（ _____ ）
 入院歴、手術歴（ _____ ）

■ 輸血を受けたことはありますか？ ない ある（ _____ 歳頃）

■ たばこ 吸わない 以前吸っていた 吸う（ _____ 本/ _____ 年間）

■ アルコール 飲まない 飲む（種類 _____ 毎日 週 _____ 回 月 _____ 回）

■ 女性の方のみお答えください。

妊娠している可能性はありますか？ ない ある

最終月経（ _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日） 閉経している（ _____ 歳頃）

※ 分からないことがありましたらスタッフに声をかけてください。