問診票

平成　　年　　月　　日

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年　　月　　日生まれ
お名前				

身長　　cm　体重　　kg　体温　　℃　血圧　　mmHg

① 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 今までにかかったことのある病気や持病について．（ ある ・ 特にない ）

高血圧　糖尿病　高脂血症　胃炎　胃十二指腸潰瘍　アトピー　花粉症　喘息
脳卒中　心臓病　肝臓病　腎臓病　子宮筋腫　貧血　痛風　結核　虫垂炎
癌　外傷　緑内障　その他（　　）

③ 現在、何か飲んでいる薬はありますか？（ ある ・ 特にない ）

薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

④ 今までに薬や食べ物で異常な反応（アレルギー）が出たことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

薬や食べ物の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ 嗜好について

【アルコール】　飲まない
禁酒した　約　　年前
飲む　ほぼ毎日　　ときどき　　付き合い程度
・日本酒　　合/日　・ビール　　本/日　・ウィスキー　　杯/日

【タバコ】　吸わない
禁煙した　約　　年前
吸う　　本/日

【コーヒー】　飲まない
飲む　1日　　杯くらい

⑥ ご家族および血縁の方で次のような病気はありますか？（該当するものに○印、続柄をご記入ください）

心臓病（　　）　脳卒中（　　）　糖尿病（　　）　肝臓病（　　）　結核（　　）　癌（　　）

⑦ 女性の方のみご記入ください．

月経は？　　順　　不順　　閉経（　　歳）
最終月経は？　　月　　日（　　日間）
現在妊娠あるいは、その可能性がありますか？　（ はい（　　ヶ月）・ いいえ ・ わからない ）
現在授乳中ですか？　（ はい ・ いいえ ）