

# 問 診 表

平成 年 月 日 記入 (わかる所だけご記入下さい。)

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

ご住所 (郵便番号 \_\_\_\_\_ )

自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日

症状:いつから どこが どのように悪いかをお書き下さい。

検査の希望など ( 採血 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ 内視鏡 ・ その他 )

食欲 1. よい 2. ふつう 3. わるい 睡眠 1. よい 2. ふつう 3. わるい

便通 ( )日に一回 ・ 不規則 ・ 下痢 一日に( )回

煙草 吸わない ・ 吸う 一日( )本 ( )才頃に禁煙した

飲酒 飲まない ・ 飲む 一日に(ビール・日本酒・ )を( 本 ・ 合)

月経 (女性ののみ) 1.順調 2.不規則 3. 閉経 ( 歳頃)

妊娠 ( )ヶ月 授乳中で ある ・ ない 妊娠の可能性 ある ・ ない

最終月経 ( )月 ( )日から ( )日間

今までにかかった病気や手術、現在治療中の病気などがあればお書き下さい

(かかった年齢を( )の中に記入して下さい)

高血圧( ) 心臓病( ) 脳梗塞( ) 脳出血( ) 胃潰瘍( )

肝臓病( ) 胆石( ) すい臓病( ) 腎臓病( ) 結核( )

糖尿病( ) 高脂血症( ) ぜんそく( ) 緑内障( )

手術(部位 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )

その他( )

薬・食べ物のアレルギー 無し ・ 有り ( )

現在のんでいる薬 無し ・ 有り ( )

家族歴:血のつながったご家族で次の病気のある方は丸をつけて下さい。

高血圧( ) 心臓病( ) 脳梗塞( ) 脳出血( ) 胃潰瘍( )

肝臓病( ) 胆石( ) すい臓病( ) 腎臓病( ) 結核( )

糖尿病( ) 高脂血症( ) ぜんそく( ) その他( )

手術 (部位 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ )

当院受診のきっかけ 通りがかり ・ 知人の紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)

かかりつけ医からの紹介( \_\_\_\_\_ 医院) ホームページを見て