

カルテ No.

問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ

氏 名 _____ 男 ・ 女 明・大・昭・平 年 月 日 生 _____ 歳

住 所 _____

電話番号 () _____ 職 業 _____

携帯番号 _____

☆ 診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします ☆

* どのような症状ですか？調子の悪い所や、痛い所を詳しくお書き下さい。

いつ頃から() _____

* 今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けている病気はありますか？ ある ・ ない

○で囲んで } 高血圧 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高脂血症 糖尿病 脳梗塞
下さい。 } 肝臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大症(尿が出にくい) 緑内障(眼圧が高い)
その他 () _____

* 今までに大きな手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない
どのような手術ですか () _____

* 現在服用している薬はありますか？ ある 服用している薬の名前 () ・ ない

* 今までに食べ物や薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか？ ある ・ ない
食べ物 () ・ 薬の名前 () ・ その他 () _____

* ご家族の方で大きな病気をされたことがありますか？ ある ・ ない
続柄 () ・ 病名 () _____

* たばこは吸われますか？ 吸う (年間) _____本/日 ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた

* アルコールは飲まれますか？ はい ・ いいえ
(年間) ビール _____本/日 ・ 焼酎 _____合/日 ・ 日本酒 _____合/日 ・ ウイスキー _____杯/日

* 女性の方にお聞きいたします。
現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？ ある ・ ない ・ わからない

* 何か悩みや、相談したいことがありましたらご記入下さい。
() _____