

# 問診票

(ふりがな)

男

お名前 \_\_\_\_\_ 女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

ご職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 当院を知ったきっかけをよろしければ教えてください。  
(ご紹介 ( \_\_\_\_\_ ) さん・通りがかり・ホームページ・その他 ( \_\_\_\_\_ ))
2. 本日はどのような症状で来院されました？  
( \_\_\_\_\_ )
3. いつ頃から症状はありますか？  
( \_\_\_\_\_ )
4. 今までに大きな病気にかかれた事がありますか？入院、手術を受けられた事がありますか？  
( \_\_\_\_\_ )
5. 今までに次の病気にかかれたことはありますか？  
心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・高血圧・糖尿病・喘息・肝臓病  
その他 ( \_\_\_\_\_ )
6. 輸血をうけたことはありますか？ (はい・いいえ)
7. 今お飲みのお薬はありますか？ (はい・いいえ)  
(はい) の方のみ…お薬の名前や種類を教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )
8. 飲み薬、麻酔などでアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)  
(はい) の方のみ…その症状とお薬の名前や種類を教えてください。  
( \_\_\_\_\_ )
9. タバコは吸いますか？ (はい 1日 ( \_\_\_\_\_ ) 本・いいえ)
10. お酒は飲みますか？ (はい 1日 ( \_\_\_\_\_ ) を ( \_\_\_\_\_ ) 本・いいえ)
11. 女性の方：妊娠している可能性がありますか？ (はい・いいえ)  
授乳されていますか？ (はい・いいえ)
12. ご希望の検査がありましたらご記入ください。  
〔血管年齢・エコー・胃カメラ・大腸カメラ・ピロリ菌検査・アレルギー検査・採血〕
13. 漢方薬は苦手ですか？ (苦手・問題ない)
14. その他何かございましたらご記入ください。  
( \_\_\_\_\_ )