

問 診 票

初診年月日 ____年 ____月 ____日

ご住所 _____

お電話番号 _____

ふりがな

お名前 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 ____年 ____月 ____日

1. いつから、どのような症状ですか？ 体温 _____

2. 今回の症状で他院で診察を受けましたか？

(受けない・受けた)

医院・病院名 _____ 診断名 _____

治療内容 _____

3. 現在、内服している薬はありますか？

(いいえ・はい)

お薬の名前 _____

4. 今まで大きな病気にかかったことはありますか？

(いいえ・はい)

病名 _____

5. 家族で下記の病気にかかっている人はいますか？

(いいえ・はい)

高血圧 糖尿病 脳神経疾患 甲状腺疾患 結核 その他

6. 女性の方にお聞きします。最終月経はいつですか？ _____月 ____日

7. アレルギーはありますか？

(いいえ・はい)

どのようなアレルギーですか？ _____

8. タバコは吸いますか？

(吸わない・やめた・吸う 1日 _____本)

9. お酒は飲みますか？

(飲まない・やめた・時々・毎日 どのくらい _____)

10. 今まで輸血を受けたことがありますか？

(いいえ・はい 何年前ですか？ _____年前)

