

問診票 年 月 日 紹介状あり・なし お薬手帳あり・なし
お名前 様 年齢 歳 身長 cm 体重 kg

1. 本日はどのような症状で受診されましたか？
(紹介状をお持ちの場合は簡単で結構です)
症状 _____
それはいつ頃からですか _____
突然ですか？ はい・いいえ
持続していますか？ はい・いいえ
ひどくなっていますか？ はい・いいえ
2. 他に通院中の病院・医院はありますか？ はい・いいえ _____
3. 下記の病気のうち指摘されたことがあるものに○をして下さい。
高血圧・糖尿病・脂質異常症・喘息・副鼻腔炎・緑内障・白内障・前立腺肥大・肝炎
4. その他に病気をされたことがあれば書いて下さい。

年齢	病名	治療した病院	現在の治療状況
歳			治癒・治療中
歳			治癒・治療中
歳			治癒・治療中
歳			治癒・治療中
5. 体内に金属がありますか？ はい・いいえ・わからない
ペースメーカー・脳動脈クリップ・入れ歯やインプラント・その他 _____
6. 喫煙歴がありますか？ はい・いいえ 平均()本 × ()年 (歳～ 歳)
7. お酒を飲みますか？ はい・いいえ (何を) × (どれくらい) × (週 日)
8. 市販のお薬やサプリなどを使用していますか？ はい・いいえ _____
9. アレルギーはありますか (薬、食べ物、花粉症・ハウスダストなど)
はい・いいえ _____
10. 血縁の方で、脳卒中・心臓病・癌・糖尿病・高コレステロール血症・その他大きな病気の方がおられますか？ ※可能な範囲で構いません
どなたが _____
病名 _____
11. (女性の方にお伺いします)現在、妊娠をされていますか？ はい・いいえ・わからない

※その他、お伝えしたいことがあればご遠慮なくお申し出ください