

## 問 診 票

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大正	昭和	平成
名 前					年	月	日生 ( 歳)
住所	(〒 - )	連絡先	自宅	( )			
			携帯	( )			

◆ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg 現在の体温 \_\_\_\_\_ °C

## 1. 本日はどうなさいましたか？

いつから ( )  
どこが ( )  
どのように ( )

## 2. 今までにかかったあるいは現在かかっている病気はありますか？

糖尿病  高血圧症  脂質異常症  狭心症  心筋梗塞  脳梗塞  
 喘息  肝臓病  腎臓病  緑内障  前立腺肥大症  
 がん ( )  その他 ( )

## 3. 服用しているお薬がありますか？ ( )

## 4. 家族の方で病気の方がいれば教えてください。

糖尿病  高血圧症  脂質異常症  狭心症  心筋梗塞  脳梗塞  
 がん ( )

## 5. アレルギーがありますか？

薬 ( ) 食べ物 ( ) 花粉症 ( )

## 6. タバコは吸いますか？

吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 喫煙年数 \_\_\_\_\_ 年)  吸わない

## 7. アルコールは飲みますか？

飲む (ビール: 1日 \_\_\_\_\_ 本 日本酒: 1日 \_\_\_\_\_ 合)  時々  飲まない

## 8. 女性の方へお伺いします。

妊娠している  妊娠していない  わからない  授乳中

## 9. どちらで当院の事をご存知になりましたか？

インターネット  クリニックの看板  知人の紹介  家族の紹介  
 広告 (広告名: )  他院からの紹介 (病院名: )  
 その他 ( )

## 10. その他に何かあればご記入ください。