問診票

年　月　日

ふりがな		性別
お名前: name		男　　女
生年月日 Birthday	大　昭　平 年　　月　　日	年齢 age　　歳
住所: Address	〒	
携帯:	TEL:	

1. 本日はどうなさいましたか？（必須）　　体温:　　℃

2.　今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 狭心症・心筋梗塞
☐ 脳梗塞・脳出血
☐ 食物アレルギー（　　）
☐ 薬物アレルギー（　　）
☐ その他（　　）

3.　内服中の薬があれば教えて下さい
（お薬手帳をお持ちの方は診察時にお見せ下さい）

4.　日常生活について教えて下さい

・ タバコを吸う　はい　　いいえ
本/日×　　年間
・ お酒を飲む　はい　　いいえ
ビール　日本酒　焼酎　ワイン　　ml/日、週　　回

5.　血のつながった御家族の方に次の病気の方はいらっしゃいますか？

☐ 糖尿病　☐ 高血圧　☐ 高脂血症　☐ 狭心症・心筋梗塞
☐ 脳梗塞・脳出血　☐ 結核　☐ 癌

6. 女性の方に伺います。 妊娠の可能性はありますか？

はい　　いいえ

7.　当院へはどのようにして来院されましたか？

1:徒歩　2:自転車　3:車　4:バス　5:タクシー　6:電車

8. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

1:ホームページ　2:看板　3:知人から　4:通りがかり　5:広告
6:その他

9.　その他なにかありましたら、ご自由に記載してください