

問 診 票

年 月 日

フリガナ				男・女
氏 名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 才
住 所	〒			
電 話		携 帯		

* 診療の参考にさせていただきますので、以下の問にお答え下さい。*

● 今日はどうされましたか？

(身体の中のどの部分が、どのように具合が悪いのか、なるべく具体的にお書き下さい。)

● それは、いつからですか？

● 今までに手術を受けたことがある方は、手術名と年齢をお書き下さい

手術名： (才の時)

● 下記の病気と診断されたことがある方は、○印と年齢をお書き下さい

1. 心臓病 (才) 2. 高血圧 (才) 3. 肝臓病 (才)
4. 糖尿病 (才) 5. 腎臓病 (才) 6. 喘息 (才)
7. 緑内障 (才) 8. 前立腺肥大症 (才)
9. 該当なし

● その他大きな病気にかかったことのある方は、下欄にお書き下さい

病 名： (才の時)

● タバコについて

吸わない・吸う (本/日) 禁煙した (才の時から)

● アルコールについて

飲まない・時々飲む・毎日飲む (種類： を 本位)

● 今までに、薬を飲んだり、特定の食べ物を食べてじんま疹やアレルギーが出たことがありますか

な い・あ る (原因：)

● 女性の方のみ 現在、妊娠の有・無

な い・あ る・わからない

ご協力ありがとうございました