問　診　票

年　　月　　日

ふりがな		男・女	年　齢	〒　　－ **住所** **電話番号**　（　　）　　－ **携帯電話**　　－　　－
氏　名				

１．本日はどうされましたか。症状を記入してください。

いつから　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どこが　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

どうしましたか　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２．今までに次の病気にかかったことがありますか。（該当する場合〇をしてください。）

①高血圧　②腎疾患　③肝疾患　④心疾患　⑤不整脈　⑥肺疾患

⑦糖尿病　⑧結核　⑨喘息　⑩癌　⑪胃潰瘍　⑫緑内障

⑬痛風　⑭梅毒　⑮甲状腺疾患　⑯前立腺肥大症

⑰その他

いいえ

３．今までに入院、手術、けが、重い病気にかかったことがありますか。　はい　・　いいえ

病名が分かれば記入してください。（　　）

４．麻酔で何か異常を経験したことがありますか。　はい　・　いいえ

５．輸血を受けたことがありますか。　はい　・　いいえ

６．現在用いている薬がありますか。　はい　・　いいえ

何の薬か分かれば記入してください。（　　）

７．薬や注射で湿疹ができたり異常が起こったことがありますか。　はい　・　いいえ

名前が分かれば記入してください。（ピリン、アスピリン、ペニシリン、その他　　）

８．何らかのアレルギーがありますか。　はい　・　いいえ

何のアレルギーか分かれば記入してください。（　　）

９．あなたの肉親に下記のような病気がありましたら記入してください。

誰が　病名　①癌　部位　②糖尿　③高血圧　④喘息　⑤心疾患
⑥脳卒中　⑦肝疾患　⑧アレルギー　⑨その他

誰が　病名　（癌の場合、どこの癌か分かれば記入してください。）

＜女性の方へ＞

・現在妊娠中ですか。　はい　・　いいえ　・わかりません

・最終生理はいつでしたか。　年　月　日

・妊娠の可能性はありますか。　はい　・　いいえ　・わかりません

医療法人　寺　田　病　院