

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	住 所 〒		
氏 名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才)		自宅電話番号	-	-
			携帯電話番号	-	-

本日の体温(            °C)

他院からの紹介状  あり ・  なし

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☑をしてください。)	
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘 息 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> その他 病名 _____	<input type="checkbox"/> とくにありません
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。 病名が分かれば記入してください。(	はい ・ いいえ )
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。 何の薬が分かれば記入してください。(	はい ・ いいえ )
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。 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	はい ・ いいえ )
8. 何らかのアレルギーがありますか。 何のアレルギーが分かれば記入してください。(	はい ・ いいえ )
9. あなたの肉親に下記のような病気がありましたら①～⑨を記入してください。 (癌の場合、どこかの癌が分かれば記入してください。)	①癌   ②糖尿病 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
どなたが _____ 病名 _____	
どなたが _____ 病名 _____	
<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