

問 診 票

ふりがな

氏 名： 性別 男 ・ 女

生年月日：T. S. H 年 月 日 (才)

住 所：〒 -

電話番号： - () -

診察希望理由：(今日はどうされましたか?)

病状状況：(いつ頃から起こりましたか?)

既往歴：

子供の頃から今までに大きな病気をしましたか? ある ない
才の時 病名 () 才の時 病名 ()
今までに入院、手術の経験がありますか? ある ない
才の時 病名 () 才の時 病名 ()
現在治療中の病気はありますか? ある ない
才より 病名 () 才より 病名 ()
現在服用中のお薬がありますか? ある ない
薬品名 () () () ()
薬の副作用を経験したことがありますか? ある ない
(薬品名: 症状:) (薬品名: 症状:)
今までに輸血を受けたことがありますか? ある ない (才の時)
気管支喘息がありますか? はい いいえ (アレルギー:)
アレルギーがありますか? はい いいえ (アレルギー:)
現在 妊娠中ですか? はい いいえ (現在妊娠 ヶ月)
現在 授乳中ですか? はい いいえ
たばこを吸いますか? はい いいえ (1日 本位)
お酒は飲みますか? はい いいえ (毎日 何を どの位)
時々 何を どの位)

家族歴： ある ない

血縁関係のある方で下記の病気の人がいる方は○で囲んでください。

- ・心臓病 (続柄) ・高血圧症 (続柄) ・糖尿病 (続柄) ・痛風 (続柄)
- ・脳卒中 (続柄) ・肝臓病 (続柄) ・腎臓病 (続柄) ・膠原病 (続柄)
- ・癌 (続柄) ・肺結核 (続柄) ・気管支喘息 (続柄) ・アレルギー (続柄)