

問 診 表

令和 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|----------------|----|---|-------------|
| ふりがな | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日生 |
| 住所 〒 | | | | | |
| 年齢 才 | | | | | |
| 電話番号 () - () | | | 職業 | | |
| ※今日はどうされましたか？ (紹介状をお持ちの方もお書きください) | | | | | 身長 _____ cm |
| | | | | | 体重 _____ kg |
| | | | | | 体温 _____ ℃ |

- 1、現在、他の医療機関にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)
【 はい 】の方はその医療機関名()
- 2、現在、薬などの治療を行っていますか？ (はい ・ いいえ)
【 はい 】の方は使用している薬品名()
- 3、苦手な飲み薬はありますか？ (あり ・ なし)
【 あり 】の方は次のどれですか(錠剤 ・ カプセル ・ 散剤 ・ 漢方薬 ・ 水薬)
- 4、これまでに薬や食べ物などによる副作用やアレルギーはありますか？ (あり ・ なし)
原因となったものは何ですか (・ 不明)
- 5、これまでに手術を受けたり、入院したことはありますか？ (はい ・ いいえ)
【 はい 】の方はその病名()
- 6、ご自身を含め、家族や親族で次の病気にかかった人はいますか？
ご自身があてはまる場合は病名に○印を、家族・親族があてはまる場合は()内に血縁名を入れてください

| | | |
|--------|----------------|--------|
| 癌 () | 糖尿病() | 高血圧() |
| 脳卒中() | 肝臓病() | 胃腸病() |
| 心臓病() | その他の病気(病名) () | |
- 7、タバコは吸いますか？ (全く吸わない ・ 昔は吸っていた ・ 今現在吸っている)
【 昔は吸っていた 】…[]年前まで1日[]本吸っていた
【 今現在吸っている 】 …1日[]本[]年間吸っている
- 8、アルコールは飲みますか？ (飲まない ・ ときどき [週に__回くらい] ・ ほぼ毎日)
飲む方は1回の量()
- 9、女性の方へ： 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)
生理はいかがですか(正常 ・ 不規則 ・ 閉止)
- 10、当院に来られたきっかけをお聞かせください

| | |
|---------------------|-----------------|
| 1. 家から近かったり、交通の便が良い | 2. 看板・電話帳の広告を見た |
| 3. 紹介された(紹介者) | 4. その他() |

☆ ありがとうございます ☆



やのハートクリニック