

# 問診表

平成 年 月 日

ふりがな

氏 名

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 生 ( ) 歳

住 所

職業

電話番号 (0 - - ) 身長 ( ) cm

携帯電話：緊急時要 (0 - - ) 体重 ( ) kg

① 今回受診された症状は何でしょうか？

( )

② いつから症状がありますか？

( )

③ 過去に入院を要した重い病気や手術などを受けたことはありますか？ 発症年齢は？

( )

④ ご家族、血縁者で重い病気をされた方はいらっしゃいますか？

( )

⑤ 現在治療中の病気や内服薬はありますか？

( )

⑥ 喫煙はされますか？

吸わない 吸う 1日 ( ) 本× ( ) 年間

やめた ( 年前/月前 ) 過去1日 ( ) 本× ( ) 年間

⑦ 飲酒はされますか？

飲まない 飲む ( ) 日/週、1日あたり ( )

⑧ アレルギーはありますか？ あればお書きください。

ない ある (ハウスダスト 花粉 動物 食物 薬剤 その他 )

⑨ 喘息と診断されたことはありますか？ (小児喘息も含む)

ない ある ( 歳から 歳まで)

⑩ 65歳以上の方のみ。利き手はどちらですか？

右利き 左利き

⑪ 医師の説明について、どの程度お話を聴きたいでしょうか？下記からお選びください。

詳しく まあまあ 少なめ

⑫ 女性の方のみ。現在、妊娠している可能性はありますか？

妊娠中・可能性あり

妊娠なし

授乳していますか？ ない ある

また最終月経は ( / ) から ( / ) まで 初潮は ( ) 歳から

通常、生理は 規則正しい 不規則である

☆お名前が呼ばれるまでお待ちください☆

※予約患者さんの順序が原則的に優先されます。また、医学的見地から重症・緊急性のある患者さんが優先されるなど診察順序が前後する可能性がありますのでご了承願います。

◎当院に来院された契機は下記のいずれでしょうか。

1.御家族・御友人の御紹介 2.当院ホームページ 3.電柱 4.他 ( )