

# 問 診 票

ID	
----	--

記入日：平成      年      月      日

ふりがな				被保険者 との続柄		
お名前				性別	男	女
生年月日	明治	大正	昭和	平成	年	月
					日	(      ) 歳
住 所	〒 _____					
電話番号	ご自宅： (      )		-	携帯： (      )		-

① 当院にお見えになったのは      1. 初めて      2. (      年      ヶ月)前に来院した

② 今日どのような症状で受診されましたか？

体温：      °C

③ 症状はいつ頃からですか？

④ 今までに病気・検査異常を指摘されたことがありますか？      1. あり      2. なし

いつ、どのような？

⑤ 手術をしたことはありますか？      1. あり      2. なし

いつ、どのような？

⑥ 薬や食べ物に対してアレルギーはありますか？

1. ある(      に対して)      2. なし

⑦ ご家族(血縁)に以下の病気の方はおられますか？

1. 高血圧(      )      2. 糖尿病(      )      3. 脳疾患(      )  
 4. 心疾患(      )      5. がん(      )      6. その他(      )

⑧ 飲酒    飲まない ・ 飲む (何を：      どのぐらい：      ml/日    約      年 )

⑨ 喫煙    吸わない ・ 吸う (      本/日    約      年 )

⑩ 睡眠状態    良好 ・ 不良

⑪ 便通      良好 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ その他(      )

⑫ 排尿      良好 ・ 不良

女性の方のみお答えください

⑬ 現在妊娠していますか？または可能性がありますか？      1. はい      2. いいえ