

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) TEL \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

1) 今日はどうなさいましたか？ (いつ頃からですか？)

2) アレルギーはありますか？

薬 [ ] 食品 [ ] 植物 [ ] その他 [ ]

3) 現在 他に かかっている病気はありますか？

はい \_\_\_\_\_ 何科ですか？ ( )  
いいえ

4) 現在 飲まれている薬はありますか？

はい \_\_\_\_\_ 何の薬ですか？ ( )  
いいえ

5) 病歴がわかればお知らせください。

高血圧 低血圧 心臓病 糖尿病 高脂血症 脳卒中 胃潰瘍  
気管支喘息 緑内障 肝臓病 腎臓病 前立腺肥大 花粉症  
アトピー じんましん その他 ( )

6) お酒はお飲みになりますか？

はい \_\_\_\_\_ 毎日 ・ 週に1~2回 ・ 時々  
いいえ

7) タバコはお吸いになりますか？

はい \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 本 × \_\_\_\_\_ 年間  
いいえ

8) 車の運転をされていますか？

はい ・ いいえ

9) 女性の方は次の項目にもお答えください。

妊娠をされていますか？ はい ・ いいえ

授乳中ですか？ はい ・ いいえ

御協力ありがとうございました。