

問 診 票

年 月 日

ID

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 大・昭・平 年 月 日 (歳)
〒 住所		
電話番号	職業	

1、本日はどのような症状があり受診されましたか？ _____

2、その症状はいつから始まりましたか？ _____

3、その症状について他の医療機関に受診されましたか？

いいえ ・ はい → 医療機関名： _____

4、今までに以下の病気にかかったことはありますか？ あてはまるものに年齢を記入してください。

頭部	脳梗塞： 歳	脳出血： 歳	くも膜下出血： 歳	
目・耳・鼻	緑内障： 歳	白内障： 歳	花粉症： 歳	副鼻腔炎： 歳
	中耳炎： 歳	その他：		
胸部	肺炎： 歳	結核： 歳	肺気腫： 歳	気管支喘息： 歳
	甲状腺： 歳	その他：		
心臓	心筋梗塞： 歳	狭心症： 歳	不整脈： 歳	
腹部	胃潰瘍： 歳	ピロリ菌： 歳 (除菌：済・未)		十二指腸潰瘍： 歳
	肝炎： 歳	胆石： 歳	尿路結石： 歳	腎盂腎炎： 歳
	盲腸： 歳	大腸ポリープ： 歳	痔： 歳	その他：
骨	骨折： 歳			
	ヘルニア： 歳	狭窄症： 歳	骨粗鬆症： 歳	
その他				
高血圧	歳 → 現在投薬 なし・あり ()			
糖尿病	歳 → 現在投薬 なし・あり ()			
脂質異常症	歳 → 現在投薬 なし・あり ()			

* 男性の方 *	前立腺： 歳			
* 女性の方 *	乳がん： 歳	子宮がん： 歳	子宮筋腫： 歳	子宮内膜症： 歳
	現在妊娠中ですか？ いいえ・はい： 週目			
	現在授乳中ですか？ いいえ・はい			
	閉経： 歳			

5、喫煙経験はありますか？

なし・あり → 現在も吸っている： 本 / 日 歳 ~
 → 現在は吸っていない： 本 / 日 歳 ~ 歳まで

6、アルコールは飲みますか？

飲まない・飲む → 頻度： 回 / 週 ・ 回 / 月
 → 種類：ビール・日本酒・焼酎・ワイン / 杯程度

7、薬や食べ物にアレルギーはありますか？

なし・あり → ()

8、現在常用している市販の薬やサプリメントはありますか？

なし・あり → ()

9、健康診断は受けていますか？

なし・あり → 最終健診日 年 月

10、運動はしていますか？

なし・あり → 運動内容、頻度をご記入ください。
 ()

11、過去最大体重： kg () 歳時、 20歳時の体重： kg

12、血縁者（両親・祖父母・兄弟姉妹・叔父叔母）で次の病気にかかった方はいますか？

(記入例) がん (父：胃がん、母方祖父：大腸がん、)
 がん () 脳卒中 ()
 心筋梗塞 () 高血圧 ()
 糖尿病 () 脂質異常症 ()
 その他 ()

ご協力ありがとうございました