

問 診 票

平成 年 月 日

フリガ
氏 名 _____ 男 ・ 女 明・大・昭・平 年 月 日 生 _____ 歳
住 所 〒 _____
携帯番号 (_____) _____ 電話番号 _____

☆ 診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします ☆

1 いつ頃からどこが悪くて困っていますか。

今回のことで他医を受信しましたか。した(月 日) ・ していない

2 今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けている病気はありますか？ ある ・ ない

高血圧 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高脂血症 糖尿病 脳梗塞
肝臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大症(尿が出にくい) 緑内障(眼圧が高い)
その他 ()

3 生まれてから今までに手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない

どのような手術ですか ()

4 ご家族の方で下記の病気にかかったり、治療を受けたことがありますか？ ある ・ ない

大腸がん 胃がん 膵がん B型肝炎 C型肝炎
その他 ()

5 現在服用している薬はありますか？ ある ・ ない

6 今までに食べ物や薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか？ ある ・ ない

(具体的にご記入ください:)

7 たばこは吸われますか？

吸う(_____ 本/日) ・ 吸わない ・ 以前は吸っていた

8 アルコールは飲まれますか？ 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 飲まない ・ 今は飲まない

(ビール _____ 本/日 ・ 日本酒 _____ 合/日 ・ ウイスキー _____ 杯/日)

9 便通

(_____ 日 _____ 回) (ふつう ・ 硬い ・ 軟らかい ・ 下痢 ・ 血便 ・ 黒色便)

10 身長・体重

身長(_____ cm) 体重(_____ kg) 増えた ・ 減った ・ 変わらない

11 1か月以内の海外渡航歴はありますか？ ある ・ ない

(_____) 国 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

12 女性の方にお聞きいたします。

現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？ ある ・ ない ・ 不明 ・ 授乳中

※何か悩みや、相談したいことがありましたらご記入下さい。

(_____)

おかもとクリニック