

# \* 問 診 表 \*

氏名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職種 (現在) \_\_\_\_\_ (以前) \_\_\_\_\_

## ● 今日どのような症状 (理由) で受診されましたか？

どんな症状ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

## ● 現在、治療中・通院中の病気はありますか？ お薬手帳があれば受付にお渡してください。

高血圧 \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

糖尿病 \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

脂質異常 \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

脳の病気 (病名: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

心臓の病気 (病名: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

その他 (病名: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

(病名: \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 歳から 病院名 \_\_\_\_\_

## ● 治療終了したものを含めて、今までにかかった病気やケガがあれば記入してください。

病名 \_\_\_\_\_ 歳 病院名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 歳 病院名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 歳 病院名 \_\_\_\_\_

## ● 両親・子ども・兄弟で下記の病気の方はいますか？

いない  いる (どなたが: \_\_\_\_\_ / 高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓の病気・脳の病気 )

(どなたが: \_\_\_\_\_ / 高血圧・糖尿病・脂質異常・心臓の病気・脳の病気 )

## ● 薬や食べ物など、アレルギーはありますか？

ない  ある ( \_\_\_\_\_ )

## ● 生活習慣についてお訊ねします。

【喫煙】  吸わない  やめた ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 本/日)

吸っている ( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 本/日)

【飲酒】  飲まない

飲む (種類 \_\_\_\_\_ / 量 \_\_\_\_\_ mL) 毎日・週 \_\_\_\_\_ 日程度・つきあい程度

## ● レントゲン・CT・MRI 検査を行うことがありますので、あてはまるものに印をつけてください。

刺青やアートメイクはありますか？  ない  ある (部位: \_\_\_\_\_ )

カラーコンタクトレンズを装着していますか？  していない  している

閉所恐怖症ですか？  いいえ  はい

体内金属がありますか？ ※金・銀歯や差し歯は除きます

ない

ある (インプラント・磁気インプラント・歯科矯正・ペースメーカー・人工関節・人工内耳)

妊娠の可能性がある、または妊娠中・授乳中ですか？  いいえ  はい

本日付添いの方はいますか？  いない  いる (どなたと: \_\_\_\_\_ )