

* 問 診 表 *

お薬手帳は受付にお渡しください

氏名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 仕事内容(現在) _____ (以前) _____

今日はどのような症状(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？ (_____)

今までにかかった病気やケガはありますか？(処方されているお薬があればお伝えください)

高血圧 _____ 歳 病院名 _____

糖尿病 _____ 歳 病院名 _____

脂質異常 _____ 歳 病院名 _____

脳の病気 (病名: _____) _____ 歳 病院名 _____

心臓の病気(病名: _____) _____ 歳 病院名 _____

その他

病名 _____ _____ 歳 (手術 あり・なし) 病院名 _____

病名 _____ _____ 歳 (手術 あり・なし) 病院名 _____

病名 _____ _____ 歳 (手術 あり・なし) 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)

アレルギーはありますか？

ない ある (_____)

嗜好品についてお訊ねします

【喫煙】 吸わない

やめた (_____ 歳 ~ _____ 歳 _____ 本/日)

吸う (_____ 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、取り外しのできる義歯は除きます

ない

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

本日付添いの方はいますか？ いない いる (どなたと: _____)

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