

お薬手帳は受付にお渡しください

* 問 診 表 *

氏名 _____

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

本日付添いの方はいますか？ いる (どなたと: _____) いない

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治療はありますか？(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 _____

●過去に受けられた手術・治療に対し下記内容はありますか？※金・銀歯や差し歯、取り外しのできる義歯は除く

ある (ペースメーカー・人工内耳・人工関節・脳動脈瘤クリッピング・コイル/ステント・子宮内装具
インプラント・磁気インプラント・歯科矯正・インスリンポンプ・持続グルコース測定器・導尿用キャップ)

ない 不明・よくわからない・上記の内容が該当する可能性がある

●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？(造影剤・薬剤・食べ物・花粉症 など)

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

●医療安全(火傷など)や医療機器故障の防止のため、ご回答をお願いします

・刺青、アートメイク なし あり ・カラーコンタクト なし あり

・ヘアパウダー、ウィッグ なし あり ・閉所恐怖症 なし あり

以上です。この用紙を受付に提出し、自動血圧計で血圧をお測りの上、お待ちください。