

ID ()

問 診 票

年 月 日

フリガナ		生年月日	明 大	年	月	日	男・女
氏 名			昭 平	(才)		
住 所	〒 -		電話番号	()	-	

1.本日受診することになったおもな症状をご記入ください。 (体温 ℃)
(いつから、どこが、どのように、どうなった)

2.今までにかかったおもな病気はありますか？ (ある方は下記に○をつけてください)

・糖尿病・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・高血圧症・高脂血症・肝臓・腎臓・心臓・甲状腺などの病気

・その他 ()

3.他の病院で治療中の病気はありますか？

なし あり ()

現在飲んでいる薬 ()

4.今までに、手術を受けたことはありますか？

なし あり (いつ頃 どのような)

5.薬や注射のアレルギーはありますか？ (じんましんが出たり、気分が悪くなったりしたことなど)

なし あり ()

6.タバコは1日どのくらい吸いますか？

吸わない ・ 吸う 本/日 年間

7.お酒は1日どれくらい飲みますか？

飲まない ・ 飲む 酒 合/日

ビール 本

女性の方にお尋ねします。

8.現在妊娠していますか？または妊娠している可能性がありますか？

はい (現在 ヶ月) いいえ わからない

9.現在授乳中ですか？

はい いいえ