

# 問 診 表

記入者 ( 本人 ・ 家族 ・ )

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
		年齢	才 月	
住所	〒 -  携帯 ( ) - 自宅 ( ) -	勤務先 又は 学校名		
		緊急連絡先	氏名・続柄 連絡先 ( ) -	
現病歴	症状について いつから ... どこが ... <span style="float: right;">体温 _____ °C</span> どんなふうに ...  この症状で、他院を受診しましたか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ( <span style="float: right;">病院・医院</span> )			
既往歴	1. 高血圧症 ( 才 ) から <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 2. 糖尿病 ( 才 ) から <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 3. 高脂血症 ( 才 ) から <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 4. 心臓病 病名 ( ) <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( 才 ) のとき 5. 脳卒中 病名 ( ) <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( 才 ) のとき 6. がん 病名 ( ) <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( 才 ) のとき 7. 病名 ( ) <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( 才 ) のとき 8. 病名 ( ) <input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ( 才 ) のとき			
アレルギー	花粉症 ( スギ ・ ヒノキ ・ ) <input type="checkbox"/> くすり ( ) 食品 ( ) <input type="checkbox"/> 環境 ( )			
生活	1. 喫煙 ... <input type="checkbox"/> 吸わない やめた → ( ) 年前より禁煙 やめるまで 1日 ( ) 本 × ( ) 年間 吸っている → 1日 ( ) 本 × ( ) 年間 2. 飲酒 ... <input type="checkbox"/> 飲まない 飲む → 毎日 ・ 週に ( ) 回 1回に (種類: ) を 僅か ・ ( ) 程度  * 女性の方のみ。 2. 妊娠 ... <input type="checkbox"/> 現在している ( 月 ) ・ <input type="checkbox"/> していない ・ <input type="checkbox"/> わからない			