

問診票

(フリガナ)

氏名：

男・女 年齢 才
生年月日 T・S・H 年 月 日生

〒
住所：

電話番号：(携帯)

国籍：

身長 _____ cm

体重 _____ kg

体温 _____ °C

1. 症状 (いつから 頃)

- 発熱 頭痛 関節痛 鼻汁 胸痛 咽頭痛 咳 痰 悪心 嘔吐 胃痛
食欲不振 腹痛 便秘 下痢 痔 ED治療 その他()
乳腺(右・左)(痛み・しこり・違和感・かゆみ・つっぱり感・できもの)

2. 現在治療中の病気はありますか なし・あり

- 糖尿病 高血圧症

その他：

3. 現在他医療機関を受診していますか

なし・あり いつ頃から：

病名：

4. 現在服薬中の薬

なし・あり 薬剤名：

5. 過去に病気で治療手術・入院経験はありますか

なし・あり いつ頃：

病名：

6. 薬・食物アレルギーはありますか

なし・あり 花粉症 その他()

7. お酒は飲みますか 飲まない・時々・毎日飲む

種類：ビール 日本酒 ワイン ウイスキー 焼酎 その他：

量：1日 合

8. タバコは吸いますか 吸わない・以前吸っていた・吸う

1日： 本

9. 現在、一番心配な事、気になる御病気、希望される検査等あればご記入下さい。

(胃内視鏡・マンモグラフィ・超音波検査・骨密度検査は、予約が必要です。)

10. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠していますか いいえ・はい

授乳していますか いいえ・はい