

## 問診票

受診日 年 月 日( )

フリガナ		生年月日 大・昭・平 年 月 日
氏名		性別・年齢 男・女 歳
住所	〒	
電話番号	自宅： ( ) 携帯： - -	
ご職業	会社員 / 大学生 / 高校生 / 主婦(夫) / パート・アルバイト / 無職 / その他( )	

業務歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 仕事内容( ) 期間 年 ヶ月	
自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> のどが痛い その他・具体的に [ ]	
発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[部位 ]	
いつから	<input type="checkbox"/> 昨夜 <input type="checkbox"/> 今朝 <input type="checkbox"/> ( )日前	
現在もっている病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的に(いつから発症または治療を開始したかをお書きください。) [ ]	
現在飲んでいるお薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	薬のなまえ(具体的に お薬手帳がありましたら、そちらをお見せください。) [ ]	
過去にかかった病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病名 <input type="checkbox"/> 脳卒中(脳出血、脳梗塞) <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症、心筋梗塞等) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 虫垂炎(盲腸) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気胸 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 尿管結石 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的に(いつ、どのような治療～手術を行ったかをお書きください。) [ ]	
家族の既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	病気のあった家族(○で囲んでください。) 父・母・兄・弟・姉・妹 病名 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪が高い <input type="checkbox"/> 尿酸が高い [ ]	
薬・食べ物のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	該当する薬や食べ物のなまえ [ ]	
喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた( )まで吸っていた 1日平均 ( )本 × ( )年間	
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> やめた( )まで飲んでいて 飲酒回数： <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週( )日 <input type="checkbox"/> 毎日 平均飲酒量/日： ビール( )本 ワイン( )杯 その他( )杯	
* 女性の方のみお答えください。 現在妊娠中および妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 生理中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		