

# 問 診 票

ID: \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
名前 男 . 女	住所 〒
電話番号 ( ) -	体重 ( kg) 体温 ( °C)

☆本日はどうなさいましたか？ (いつから、どのような症状ですか？)

☆今までにかかったことのある病気があれば○を付けて下さい。

喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症・脳梗塞・心臓病・肝炎・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・結核・癌

☆通院中の病院・治療中の病気はありますか？ (いいえ・はい)

☆服用中の薬はありますか？ (いいえ・はい)

☆今までにおおきな病気・手術・外傷等ありますか？ (いいえ・はい)

☆薬・食べ物でアレルギーはありますか？ (いいえ・はい)

薬品名・食品名：

症状：

☆近親者に次の病気の方はいますか？ (いいえ・はい)

糖尿病・高血圧・高脂血症・肝炎・癌・腎臓病・結核・突然死

☆女性の方のみお答え下さい

妊娠中・妊娠の可能性がある・妊娠していない・授乳中

☆喫煙・飲酒について

●たばこ：吸わない・吸う (1日 本) ・喫煙歴 (約 年間)

●飲 酒：飲まない・飲む (種類： ) (1日 杯) (毎日・週に1~3回・月に1~3回)

☆何かご質問・ご相談はありますか？

ほんべつ循環器内科クリニック