

問 診 票

ID : _____

年 月 日

ふりがな	生年月日 大・昭・平 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