

記入日 年 月 日

# 問診票

(ID )

ふりがな		男 ・ 女	世帯主との続柄	
氏名			年齢	職業
生年月日 明治・大正・昭和・平成		自宅電話番号 ( )		
年 月 日		携帯番号 ( )		
住所 (〒 - )				
◆本日はどのような症状でおみえになりましたか？				体温 °C
◆身長( cm ) ◆体重( kg )				
◆現在、治療を受けている病気はありますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> その他( )				
◆今までに大きな病気やケガをして手術を受けたことが有りますか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ ( )				
◆食べ物、薬、注射でアレルギー症状(気分が悪くなったり、発疹)が出たことが有りますか？				
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある⇒ (食べ物 ) (薬 ) (注射 ) (その他 )				
◆たばこ・アルコールについて				
アルコール <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む⇒(ビール 本/日 ・ 焼酎 合/日) たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸っている⇒( 本/日)(喫煙歴 年)				
◇女性の方にお伺いします				
・ 現在、妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・ 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい				