

# 問診票

記入年月日 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

本日の来院目的

- 症状がある     他院からの紹介     検診で異常を指摘された     定期チェック

症状のある方は当てはまるものにチェックし具体的に下記の空欄にご記入ください。

- 胸の痛み     脈の乱れ     呼吸苦・息切れ     下肢の浮腫み     下肢痛  
 その他( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

現在、内服している処方薬がありましたらご記入いただくか、お薬手帳などをお出してください。

なし     あり \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

薬・食べ物・金属などにアレルギーはありますか？

なし     あり \_\_\_\_\_

たばこは吸いますか？

- 吸わない     禁煙した( \_\_\_\_\_ 年 月から)     吸う(1日 \_\_\_\_\_ 本を \_\_\_\_\_ 歳から)

お酒は飲みますか？

- 飲まない     飲む 毎日・ \_\_\_\_\_ 日/週    種類と量( \_\_\_\_\_ )

下記の病気にかかった、あるいは健診などで指摘されたことはありますか？

- なし     高血圧     糖尿病     高脂血症     痛風     喘息  
 腎臓病     心臓病(狭心症・不整脈など)     脳梗塞     緑内障     甲状腺疾患  
 その他( \_\_\_\_\_ )

今迄に手術などを受けたことがあればご記入ください。

病名又は手術名 \_\_\_\_\_ (年齢 \_\_\_\_\_ 歳)  
病名又は手術名 \_\_\_\_\_ (年齢 \_\_\_\_\_ 歳)  
病名又は手術名 \_\_\_\_\_ (年齢 \_\_\_\_\_ 歳)

ご家族に心臓病や脳梗塞の方はいますか？

いない     いる    続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_