

# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃ / 身長 \_\_\_\_\_ cm / 体重 \_\_\_\_\_ kg / 朝食 食べた ・ 食べない

## 問1. 今日、おいでになった理由に○印をつけてください

- 身体の調子が悪い → いつ頃から( \_\_\_\_\_ )
- 検診やドックで異常があった
- 定期検査のため
- その他( \_\_\_\_\_ )

今の症状をお書きください

ご希望や心配なことがありましたら、お書きください

## 問2. 今までに大きな病気をしたことがありますか

- いいえ
- はい → 何歳頃( \_\_\_\_\_ ) 病名( \_\_\_\_\_ )

## 問3. 現在、お薬を飲んでいますか

- アレルギー体質ですか いいえ ・ はい → 何の薬ですか( \_\_\_\_\_ )
- お酒は飲みますか いいえ ・ はい → 1日( \_\_\_\_\_ )を( \_\_\_\_\_ )程度
- たばこは吸いますか いいえ ・ はい → 1日( \_\_\_\_\_ )本
- 食欲は 良好 ・ 普通 ・ ない
- 便通は 1日( \_\_\_\_\_ )回 ・ 下痢気味 ・ 便秘気味
- 生理は 順調 ・ 不順 閉経( \_\_\_\_\_ )歳頃

## 問4. あなたの肉親で、次の病気にかかった方はおられますか ○印をつけてください

- が ん( 父 ・ 母 ・ 兄弟 )  糖尿病( 父 ・ 母 ・ 兄弟 )
- 結 核( 父 ・ 母 ・ 兄弟 )  高血圧( 父 ・ 母 ・ 兄弟 )
- その他( \_\_\_\_\_ )  な し

ありがとうございました。