

問診票

受診日 年 月 日

| | | | | | |
|------|-------------|------|----|-----|---|
| フリガナ | | | | ご年齢 | 歳 |
| ご氏名 | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年(西暦 | 年) | 月 | 日 |
| ご住所 | 〒 | | | | |
| ご連絡先 | ご自宅 | 携帯 | | | |
| 身長: | cm | 体重: | kg | 体温: | ℃ |

以下差し支えない範囲でご記入または〇をお付けください

(1) 本日はどうなさいましたか？ いつ頃からどんなご病状ですか

健診ご希望(就業時健診・学校健診など)

健診結果のご相談(人間ドック・会社健診など結果ご持参の際はご提示ください)

(2) 現在治療中のご病気はありますか？

なし

あり 病名(

常用薬(お薬手帳ご提示可

)

(3) 今までに大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし

あり 病名(

)

(4) 今までに以下の診断歴がある、もしくは加療中でしたらお知らせ下さい

気管支喘息

咳喘息

小児喘息

肺炎

気管支炎

肺結核

アレルギー性鼻炎

花粉症

副鼻腔炎

中耳炎

睡眠時無呼吸症候群

狭心症

緑内障

(男性の方のみ)前立腺肥大症

(ご妊娠中の女性のみ)現在 妊娠

週

妊娠の可能性がある

現在授乳中

(5) お薬・食物のアレルギーはありますか？

なし

あり (

)

(6) 喫煙・飲酒について

たばこ: 吸ったことがない

以前吸っていた(禁煙後

年 それまで

本/日)

吸っている(

本/日

年間)

お酒: 飲まない

飲む(週

日 種類

量

)

(7) その他お知らせしたいことやご希望等あればご記入ください

ご協力ありがとうございました 診療目的にのみ使用し個人情報遵守致します