

※ 太枠内を記入してください

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ				男・女	年齢	歳
お名前						
生年月日	大正 平成	昭和 令和	年 月 日	〔西暦 年〕		
ご住所	〒			ご職業：		
ご連絡先	(自宅)			(携帯)		
★ 受診のきっかけ	<input type="checkbox"/> 健康診断で異常を指摘された ( ) <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ( ) <input type="checkbox"/> その他 (血尿、むくみ ( ))					
★ アレルギー <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ⇒ <input type="checkbox"/> 薬剤 ( ) <input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> その他 (花粉症、消毒薬 ( ))					
★ タバコ <input type="checkbox"/> 全く吸っていない	<input type="checkbox"/> 吸っていた ⇒ ( )歳～ 1日( )本( )年間 <input type="checkbox"/> 吸っている ⇒ ( )歳～ 1日( )本( )年間					
★ 酒 <input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 付き合い程度 種類 ( ) 1回あたり( )合・ml <input type="checkbox"/> よく飲む ( )日/週 種類 ( ) 1日あたり ( )合・ml					
★ 好みの食べ物	(コーヒー、塩辛いもの ( ))					
★ 運動 <input type="checkbox"/> しない	<input type="checkbox"/> する 種類( ) ( )回/週 ( )分・時間 /1回					
★ のんでいる薬 <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある ⇒ お薬手帳 ⇒ ない・ある ( ) <input type="checkbox"/> 痛み止めの服用 ⇒ ない・ある ( )					
★ サプリ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )					
★ 健康食品	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )					
★ 女性の方	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> あてはまらない					
★ 当院をどこでお知りになりましたか	<input type="checkbox"/> 他院の医師から <input type="checkbox"/> 保健師から (市・職場) <input type="checkbox"/> 家族・知人から <input type="checkbox"/> 広告(新聞・看板) <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他( )					
【既往歴】	出生体重 低体重 なし・あり		【家族歴】		兄1	
年・歳			父		兄2	
年・歳			祖父		姉1	
年・歳			祖母		姉2	
年・歳			母		弟1	
年・歳			祖父		弟2	
年・歳			祖母		妹1	
年・歳					妹2	
年・歳			【現在の家族構成】●キーパーソン ▲調理する人			
年・歳						
高血圧 糖尿病 喘息 心臓病 腎臓病						
肝臓病 高脂血症 扁桃腺炎 痛風 リウマチ						

ご協力ありがとうございました