

□ 問診票 □

記入日 年 月 日

ふりがな

氏名

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 性別 (男・女)

住所 〒 _____

電話番号 ()-()-() 電話番号 2()-()-()

【1】 どうされたのですか？

その症状はいつから始まりましたか？

[.....日・ヶ月・年] 前から (いつも・ ときどき) おこる。

【2】 その症状のため医者に診てもらったことがありますか？ (ある ・ ない)

【3】 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

(イ) ない

(ロ) ある

糖尿病、甲状腺疾患、高血圧、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、肝臓病、胆のう病、
膝炎、肺炎、肋膜炎、肺結核、喘息、心臓病、脳卒中、腎臓病、貧血、
婦人病

* 外科疾患 手術.....

* 輸血を受けたことがある.....本 (.....年.....月)

* その他.....

【4】 タバコは (吸う、 吸わない、 やめた) 1日.....本.....年間

アルコールは 飲まない、飲む (酒、ビール、ウイスキー、その他) を (毎日 量.....
時々 量.....)

【5】 薬や注射でじんましんやショックなどがおこったことはありませんか？

(イ) ない (ロ) ある (かぜ薬、ペニシリン、その他.....)

【6】 両親や兄弟に大病をしたり、亡くなったりした方がおられますか？

(イ) ない (ロ) ある [癌、高血圧、脳卒中、心臓病、肺結核、糖尿病、
その他.....]

女性の方への質問

現在、妊娠の可能性はありますか？

(イ) ある (ロ) わからない (ハ) 全くない 最終月経.....月.....日~

ご協力ありがとうございました
周南ニュークリニック