

問 診 表

お名前

身長	cm	体重	kg	体温	°C
----	----	----	----	----	----

記入年月日 平成 年 月 日

1. 本日はどうされましたか
いつ頃からどのような症状がありますか

2. これまでに病気はありますか

・なし ・高血圧 ・脂質異常症 ・高尿酸血症 ・緑内障/白内障
・心臓病 ・脳梗塞 ・がん ・肺疾患 ・肝臓病
・腎臓病 ・その他 ()

3. 今、治療中の病気はありますか

・なし
・あり ()
服用している薬の名前がわかれば記入して下さい
(薬品名:)

4. 薬のアレルギーはありますか

・なし
・あり 抗生物質
 その他 ()

5. 飲酒 なし あり (: ml/日)

6. 喫煙 なし あり (本/日)

7. 女性の方のみお答え下さい

現在、妊娠していますか いいえ はい
授乳中ですか いいえ はい

8. 何を見て来院されましたか。

・ホームページ ・駅の広告 ・バスの広告 ・知人の紹介
・その他 ()