

問 診 票

平成 年 月 日

お名前 <small>ふりがな</small>		(男・女)	明・大・昭・平		年	月	日	(歳)
住所 〒			電話番号					
			携帯電話					
身長	cm	体重	kg	体温	℃			

●いつからどのような症状があるか、今日受診することになった主な症状をお聞かせ下さい。

● 現在、どちらか病院にかかられていますか？

いいえ ・ はい (病医院名：) 病名：)

● 現在飲んでいるくすりはありますか？

ない ・ ある (薬名：)

● 今までにかかったことがある主な病気やケガ・手術はありますか？

高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 脳梗塞 脳出血 喘息 肺結核
輸血

受けた手術 () その他 () 特になし

● 今までに、くすりや食べ物などで、アレルギー症状が出たり気分が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい (くすり：)
(食べ物：)

● 生活習慣についておたずねします。

アルコール 飲まない ・ 飲む _____を1日 _____本くらい
たばこ 吸わない ・ 吸う 1日 _____本 _____年間

● 家族構成をお書きください (同居の方を教えてください)。 ()

● 差し支えなければ、現在のご職業をお書き下さい。 ()

● 女性の方へおたずねします。

現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ ・ はい
授乳中ですか？ いいえ ・ はい

● 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ 看板 ・ インターネット ・ 知人 ・ チラシ

その他 ()

● おたずねになりたいことや不安なこと、ご要望があれば自由にお書き下さい。

漢方の処方 希望する ・ どちらでもない ・ 希望しない

ご協力ありがとうございました。

薬院内科循環器科クリニック