

ID \_\_\_\_\_

# 問診票

記入日 R\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 今日はどうのような症状でこられましたか？

いつから⇒

症状と経過⇒

2. 過去に治療した病気または現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

⇒「はい」と答えた方、あてはまるものがあればしてください。

- 高血圧     コレステロールが高い     糖尿病     脳卒中     心臓病  
 腎臓病     肝機能障害     喘息(小児期含めて)     うつ病  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 現在内服しているお薬やサプリメントはありますか？

(いいえ・はい⇒薬名: \_\_\_\_\_ )

4. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

(いいえ・はい⇒薬・食物 \_\_\_\_\_ )

5. 生活習慣について教えてください。

●タバコ (吸ったことがない・吸っていたがやめた・吸っている( \_\_\_\_\_ 歳から | 日 \_\_\_\_\_ 本程度)

喫煙中の方⇒ 禁煙したいと思いますか？(はい・少しは思う・いいえ)

●アルコール (飲まない・時々・飲む⇒ 頻度・種類 \_\_\_\_\_ )

●睡眠      1日の睡眠時間 約 \_\_\_\_\_ 時間

●運動習慣 (なし・あり⇒ 毎日 \_\_\_\_\_ ・週 \_\_\_\_\_ 回・月 \_\_\_\_\_ 回)

6. 定期的に健診・検診を受けておられますか？ (はい・いいえ)

7. 妊娠されていますか？ (している・していない・わからない) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

8. その他医師に伝えておきたいこと、気になることがあれば記載してください。

