

# 問 診 表

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才 体重 \_\_\_\_\_ k g

1. いつから、どのような症状がありますか？（診察希望・検査希望・健康相談・点滴希望）

.....  
.....  
.....

2. 今、飲んでいる薬はありますか？

いいえ ・ はい（お薬の名前： \_\_\_\_\_）

3. 今まで大きな病気にかかったことはありますか？入院したり手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい（病名： \_\_\_\_\_）

4. 家族で下記の病気にかかっている人はいますか？

いいえ ・ はい（高血圧 糖尿病 脳神経疾患 癌 その他）

5. 女性の方にお伺いします。

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 該当なし

6. アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい（病名： \_\_\_\_\_）

7. タバコは吸いますか？

吸わない ・ やめた ・ 吸う 1日 本

8. お酒はのみますか？

飲まない ・ やめた ・ 時々 ・ 毎日