

ID _____

問診票

ふりがな _____

体温 _____ °C

お名前 _____ 年齢 _____ 才 郵便番号 _____

ご住所 _____ 電話番号 _____ () _____

ご職業 _____ (事務職・軽作業・重労働)

●どの様な症状でお困りですか？

●その症状は、いつからですか？

1. 現在治療中または過去に指摘された病気がありましたら、ご記入ください。

高血圧 () 才 高脂血症 () 才 糖尿病 () 才 小児ぜん息 () 才
 花粉症 (春・秋・通年) 才 その他 (,) 才

2. 家族・親族に次の病気はありますか？ * () には母、祖父などを記入

糖尿病 () 高血圧 () 高脂血症 () 心臓病 ()
 肝臓病 () 癌 () アレルギー疾患・アトピー・ぜん息・花粉症 ()

3. アルコールについて伺います

飲まない 付き合いで飲む程度 (回/月) よく飲む → (回/週)
(ビール ml/回、酒 合/回、焼酎 ml/回、その他)

4. 喫煙について伺います

もともと吸わない 禁煙した () 才 喫煙中 () 才 ~ 本/日

5. 女性の方のみお答え下さい 妊娠中 授乳中 生理が不順

6. 当院にいらしたきっかけを教えてください

通りがかりに当院を見つけた 知人の紹介・勧め ホームページを見て
 郵便局広告を見て チラシを見て その他 ()

●その他、お体に関して心配な事がありますか？

* 症状により御呼びする順番が前後する場合がございますので、ご了承ください。