

問診表

ID	フリガナ	男 女	生年月日	T S H
	氏名			
住所 〒				
電話番号		電話番号		

血圧：	mmHg	脈拍：	体温：	身長：	cm	体重：	kg
-----	------	-----	-----	-----	----	-----	----

1. いつ頃から、具合が悪くなりましたか。 [年 月 日頃より]

2. 現在、どのような症状がありますか。

3. 今までにかかった病気はありますか。

4. 今までに受けた手術はありますか。

5. 今飲んでいる薬がありますか。

6. 食べ物・薬品でアレルギーがありますか。

7. 嗜好品 *煙草 現在喫煙中 才~ [本/日] ・ 禁煙した 才~ 才 ・ なし
*アルコール 種類 [酒・焼酎・ウイスキー・ビール・チューハイ・ワイン]
頻度 [全く飲まない・ときどき・毎日 ml位]

8. 家族歴
高血圧 糖尿病 高脂血症 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 がん() その他

9. 女性の方へ
現在妊娠 [している ・ していない ・ わからない] [最終月経 月 日より 日間]

10. 授乳中ですか。 [はい ・ いいえ]