

# 問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 —		
電話番号		職業	

・身長	cm	・体重	kg	・体温	°C
・普段の血圧		/	(右・左)		
※当院で診察を受けたことがありますか 有る ・ ない					

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

---

2. 過去3ヶ月で体重の減少はありましたか。  
変化なし ・ 1～3 kg減少 ・ 3 kg以上の減少

---

3. 今までにかかった病気、または入院や手術の経験はありますか。

---

4. 現在、治療中の病気はありますか。  
薬：  
病院名：

---

5. 今までに薬や食べ物などでアレルギー症状を起こしたことがありますか。  
ない ・ ある（具体的に )  
花粉症 ない ・ ある ・ 不明

---

6. 喫煙・飲酒について  
・喫煙：吸わない ・ 吸う（1日 本 歳～） ・ 禁煙した（ 歳～ 歳まで）  
・飲酒：いいえ ・ はい（ を 合/ml 週 日）

---

7. ご家族に病気の方がいらっしゃいますか。  
いらっしゃる場合は、病名に○、( )内に続柄を記入して下さい。  
高血圧 ( ) 心臓病 ( ) 不整脈 ( ) 糖尿病 ( ) 脳梗塞 ( )  
がん ( ) その他（病名 )

---

8. 女性の方のみ  
現在、妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか。 有る ( ヶ月) ・ ない  
現在、授乳中ですか。 はい（お子様 歳 ヶ月） ・ いいえ

---

9. 当院をどのように知りましたか。  
医療機関からの紹介、家族・知人の紹介、インターネット、雑誌・新聞等  
自宅の近く、職場の近く、専門医がいるから、その他 ( )