

# 問診票

\* 太枠内のご記入をお願いいたします

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 (男・女)

生年月日 (令和・平成・昭和・西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

\* 日中連絡の取りやすい電話番号をご記載下さい

住所 〒 \_\_\_\_\_

今日はどうなさいましたか?

## 現在治療中の病気

- |   |                                   |                                       |                               |   |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし               | <input type="checkbox"/> 喘息       | <input type="checkbox"/> 不整脈          | <input type="checkbox"/> 貧血   | <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞など)   |
| <input type="checkbox"/> 高血圧                | <input type="checkbox"/> 糖尿病      | <input type="checkbox"/> コレステロール・中性脂肪 |                               | <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 (人工透析を受けたなど) |
| <input type="checkbox"/> 尿酸                 | <input type="checkbox"/> 癌        | <input type="checkbox"/> 緑内障          | <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)    |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患               | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |                                       |                               |   |
| <input type="checkbox"/> その他・具体的に ( ) _____ |                                   |                                       |                               |   |

## 現在飲んでいる薬

- 特になし あり：薬の名前 ( ) \_\_\_\_\_

## 過去にかかった病気

- |   |                              |                                   |                             |   |
|---|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 特になし               | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> 不整脈      | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症、心筋梗塞など) |
| <input type="checkbox"/> 痛風                 | <input type="checkbox"/> 肺炎  | <input type="checkbox"/> 気胸       | <input type="checkbox"/> 胆石 | <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍         |
| <input type="checkbox"/> 尿路結石               | <input type="checkbox"/> 癌   | <input type="checkbox"/> 白内障      | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血、脳梗塞など)  |
| <input type="checkbox"/> 精神疾患               | <input type="checkbox"/> 腎疾患 | <input type="checkbox"/> 虫垂炎 (盲腸) |                             |   |
| <input type="checkbox"/> その他・具体的に ( ) _____ |                              |                                   |                             |   |

## 喫煙について

- なし あり やめた ( ) まで吸っていた)  
1日平均 ( ) 本 × ( ) 年間

## 飲酒について

- なし あり やめた ( ) まで飲んでいた)  
飲酒回数： 時々 週 ( ) 日 毎日