

問診票

太枠の中をご記入ください。

ID _____

名前： _____ (男・女)

- 1) 本日はどうしましたか(受診目的)? いつからどんな症状がありますか?

- 2) 他の病院や医院に通っていますか?
1 いいえ
2 通院している(病院名、病名、内容など)

- 3) これまでに入院や手術、長い期間通院するような病気にかかったことがありますか?
1 ない
2 ある(病名など)

- 4) タバコ、電子タバコは吸いますか? 吸う方は1日何本吸いますか?
1 吸わない
2 吸う タバコ1日()本、 電子タバコ 1日()本

- 5) 毎日アルコールを飲みますか?
1 飲まない
2 飲む 1日(1日本酒、2ビール、3焼酎・ウィスキー を _____ 合ml)

- 6) 食べ物や薬でアレルギー(発疹、具合が悪い)を起こしたことがありますか?
1 なし 2 あり()

- 7) 女性の方にお伺いします
・妊娠の可能性 あり なし
・授乳中 はい いいえ

●当院にて、計測をしていただきます。

体温 (_____ °C)

身長 (_____ cm)

体重 (_____ kg)

血圧 (_____ / _____ mmHg)

脈拍 (_____ /分)