ID

問　診　票

２０　年　月　日

院内 BT　　℃

ふりがな		男・女	生年月日　大正　・　昭和・　平成 年　月　日生まれ	
名前				
			（自宅）	身　長 cm
住所	〒	電話	（携帯）	体　重 kg

（1）下記の項目についてご記入（もしくは該当箇所にチェック、囲み）ください。

今日はどのような症状で来院されましたか？

□胸が痛い　□動悸がする　□息が苦しい　□頭痛がある　□咳がでる　□鼻水、鼻づまり　□痰がでる
□吐き気がある　□嘔吐をした　□下痢をする　□お腹が痛い□胸やけがする　□食欲がない
□その他⇒（　　）

（2）それは、いつ頃からですか？　（　　）

（3）現在、または今までにかかった病気はありますか？

ない　　ある⇒・心筋梗塞、狭心症・脳梗塞・心不全・不整脈・腎臓疾患・肝硬変（肝炎）
・高血圧・脂質異常症、高脂血症　・糖尿病・気管支喘息
・その他（　　）

（4）現在病院（診療所）で処方されている薬がありますか？

ない　　ある⇒　薬剤名（　　）

（5）現在市販薬（ビタミン剤・健康食品等）の利用はありますか？

ない　　ある⇒　製品名（　　）

（6）①今までに飲み薬、注射、食べ物で発疹・吐き気・呼吸困難等が起きたことはありますか？

ない　　ある⇒薬剤・食べ物名（　　）

②今までに貼り薬や、塗り薬でかぶれたことはありますか？

ない　　ある⇒薬剤名　（　　）

（7）ご家族（両親・おじ・おば・兄弟等の**血縁者**）で以下の病気に該当する方はいらっしゃいますか？

いない　　いる⇒　・心臓病　・糖尿病　・突然死（60 歳未満）・脂質異常症（高脂血症）
・高血圧　・アレルギー疾患（気管支喘息、アトピー性皮膚炎など）
・その他の遺伝病

（8）①アルコールは　飲まない　/　飲む⇒・ビール・日本酒・ワイン・ウィスキー・焼酎　を
1 日（　　）ml くらい　（ウィスキー等の蒸留酒は原液の概算量）

②タバコは　吸ったことがない　/　以前吸っていたが禁煙中　/　現在喫煙中
喫煙時の 1 日の本数と年数は？⇒　1 日（　　）本くらい　（　　）年間

（9）女性の方にお尋ねします。現在妊娠中、妊娠の可能性もしくは産後ではありませんか？

いいえ　　はい　妊娠（　　）カ月　　授乳中