

<問診票>

(年 月 日)

フリガナ

お名前 _____ 年齢 _____ 歳 (男 女)

生年月日 T・S・H 年 月 日 ご連絡先TEL _____

ご住所 _____ 携帯TEL _____

1. 本日は、いつ頃からどんな症状で来院されましたか。

2. 他の医院や病院にかかっていたら教えてください。

かかっている _____ 医院・病院

お薬をもらっていますか。(はい いいえ)

お薬手帳(あり なし)

3. かかったことのある病気、治療中の病気を選んでください。

肝臓の病気(B型 C型 アルコール性 脂肪肝 その他)

胃腸の病気()

高脂血症 糖尿病 痛風 高血圧 心臓病 脳血管の病気

喘息 肺の病気 腎臓の病気 血液の病気 精神の病気

緑内障 前立腺肥大 甲状腺の病気 アレルギー()

4. 手術したことのある方はお知らせください。

_____ 歳頃 _____ の手術 輸血(なし あり)
_____ 歳頃 _____ の手術 輸血(なし あり)
_____ 歳頃 _____ の手術 輸血(なし あり)

5. 嗜好品

おさけ(のまない のむ 以前は飲んだがやめた)

種類(ビール・焼酎・日本酒・ウイスキー・ワイン)

量と程度(週に _____ 回、1回に _____)

たばこ(吸わない 吸う 以前は吸ったがやめた)

1日 _____ 本 喫煙年数 _____ 年

6. 両親・子供、兄弟で下記の病気の方がいましたら丸をつけてください。

がん(部位:胃 大腸 肺 肝臓 膵臓 胆嚢 乳 子宮卵巣 その他)

心臓病 糖尿病 脳卒中 高血圧

ご協力ありがとうございました。くらみつ内科クリニック