

# 問 診 票

※フリガナを必ずご記入ください

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生 ( \_\_\_\_\_才)

郵便番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

身 長 ( \_\_\_\_\_ ) cm 体 重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

分かるかた

血 圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1. 過去1ヶ月以内に渡航歴がありますか? なし・あり ⇒ 国名 ( \_\_\_\_\_ )

2. 本日は禁煙外来で受診されますか? はい・いいえ

3. おもな症状 いつから どの具合がわるいですか? 体温 ( \_\_\_\_\_ ) °C

① いつから ( \_\_\_\_\_ ) より

② 症 状 [ \_\_\_\_\_ ]

4. 現在 服用中のお薬はありますか?

いいえ・はい ⇒ 分かれば薬品名 [ \_\_\_\_\_ ]

5. 現在の生活

○食欲 ( あり・なし ) ○睡眠 ( 良い・寝つきが悪い・眠りが浅い )

○便秘 ( 良好・便秘 \_\_\_\_\_日に \_\_\_\_\_回ほど、 軟便・下痢 )

○便の色 ( 正常・黒っぽい・白い・血が混じる )

○飲酒 ( 飲まない・飲む ) ⇒ 毎日・時々 ビール \_\_\_\_\_本 日本酒 \_\_\_\_\_合 ほか \_\_\_\_\_

○タバコ ( 吸わない・吸う ) ⇒ 1日に \_\_\_\_\_本程度

↳しかし ( 家庭・職場 ) で煙を吸ってしまう

6. 今まで大きな病気に罹ったり、手術を受けたことがありますか?

・あり ⇒ 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 手術名 ( \_\_\_\_\_ )

血縁者のかたで、高血圧・高脂血症・糖尿病・脳卒中・癌などにかかった人はいますか?

例: 祖父が糖尿病、母が高血圧で治療中など

( \_\_\_\_\_ )

7. 薬や食べ物でアレルギー症状が起きたことはありますか?

なし・あり ⇒ 薬 (例: 抗生物質、分かれば薬の名前など) \_\_\_\_\_ )

⇒ 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )

8. 女性に伺います

妊娠中(可能性あり)・授乳中・閉経

月経は(順調・不順)で 最終月経は \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日より \_\_\_\_\_日間