

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 _____ 日生まれ (_____ 歳)

郵便番号 _____ - _____

住 所 _____ Tel. _____ - _____ - _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血 圧 _____ / _____ 分かるかた 今日の体温 _____ °C

1. 本日は禁煙外来を受診されますか? はい・いいえ
2. 過去2週間以内に渡航歴がありますか? なし・あり⇒ 国名 (_____)

3. いつから どのような症状ですか?

① いつから (_____) 前より

② 症 状 (_____)

4. 上記の症状を改善するために現在お薬を服用されていますか?

いいえ・はい ⇒ 分かれれば薬剤名 (_____)

5. 現在の生活

○食 欲 (あり・なし) ○睡 眠 (良い・普通・寝つきが悪い・眠りが浅い)

○便 通 (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. 今までに大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか?

いつ _____ 歳頃 病名 _____ 手術名 _____

いつ _____ 歳頃 病名 _____ 手術名 _____

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

例：父が糖尿病、母が高血圧で治療中など

(_____)

8. 薬剤や食材で発疹などのアレルギー症状・アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか?

なし・あり⇒ アレルギー症状・アナフィラキシーショック

↳ 分かれれば薬剤名 (_____) 食材 (_____)

9. 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