

# 問診票

No. \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ):	生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日
氏名:	年齢: 歳
電話番号:	性別: 男・女
住所: 〒 _____ - _____	
症状 (いつ頃からどのように悪いか具体的にお書きください)	
体温:	普通の便通: 回/日 硬い・普通・軟らかい 便秘薬使用 有・無
<b>●今までかかった事のある病気・手術</b> なし あり (ありの場合は下記にお書きください) ____ 才: _____ ____ 才: _____ ____ 才: _____ 現在加療中の病気や内服薬をお書きください ( _____ )	<b>●アレルギーについて</b> 薬 なし あり ( _____ ) 食べ物 なし あり ( _____ ) 輸血歴 なし あり _____ 才頃
<b>●家族歴: 血縁関係のある方で以下の病気の方がおられますか?</b> 高血圧 高脂血症 糖尿病 ぜん息 脳卒中 癌 その他 ( _____ )	<b>●たばこについて</b> 元々吸わない 吸っている ____ 年 ____ 月から禁煙、それまで1日 ____ 本
<b>●女性の方へ</b> 現在妊娠中ですか? いいえ ・ はい ( _____ ヶ月) ・ 授乳中 月経: 順調 ・ 不順 ・ 現在生理中 ・ 閉経 ( _____ 才)	<b>●アルコールについて</b> 飲まない 飲む (週 ____ 日) ビール _____ ml 焼酎 _____ 合 その他 ( _____ )
当院を知った理由: 通りがかり ・ 広告 ・ 紹介 ・ インターネット	