

問診表

年 月 日

■氏名 (歳)

■来院された理由 (症状・ご相談等をお書き下さい)

■病歴 (現在治療中又は、過去に治療されたことのある病気)

- ・なし
- ・高血圧 ・糖尿病 ・高脂血症 ・潰瘍 (胃・十二指腸) ・脳梗塞 ・喘息
- ・肝炎 (A型・B型・C型) ・心臓病 ・その他 ()

■今までに手術の経験はありますか？

- ・なし ・あり 病名：
いつ頃：

■毎日飲んでいる薬はありますか？

- ・なし ・あり ()

■薬や食物によるアレルギーの経験がありますか？

- ・なし ・あり ()

■女性の方にうかがいます。現在妊娠していますか？

- ・いいえ ・はい (カ月) ・わからない

■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？

- ・なし ・あり

■半年以内に海外に行きましたか？

- ・なし ・あり 国名：
いつ頃：