

ID

問診票

フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日
氏名		年齢 (歳)	血液型 (型)	
住所	〒 —					
電話番号		身長	cm	体重	kg	
携帯番号		血圧		脈		

○ 今日はどうなさいましたか？

○ 症状はありますか？（はい、いいえ）

（症状：

いつから：

）

○ 今日の症状で治療したことはありますか？

はい、いいえ

○ 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

病名：

○ アレルギーはありますか？（薬、食べ物なども含めて）

はい（ ） 、 いいえ

○ 他の病院にかかっていますか？

診療科：

病名：

○ ご家族・ご親戚に病気の方はいらっしゃいますか？

脳卒中 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ その他（ ）

○ タバコは吸いますか？

はい、いいえ、禁煙した

○ 飲酒はしますか？

はい、いいえ

酒量（毎日、週 回、月 回）

種類（ビール ml、日本酒 合、焼酎 ml、その他 ml）

○ 何を見て来られましたか？

・インターネット ・折り込みチラシ ・看板 ・その他（ ）

○ 女性の方へ

・妊娠の可能性はありますか？（はい、いいえ）

・授乳中ですか？（はい、いいえ）

・生理中ですか？（はい、いいえ）

大船睡眠・糖尿病内科