

# 問診票

BW

kg

フリガナ				
氏名			男	女
生年月日	昭和	平成	令和	年齢
	年	月	日	才
住所	〒			
電話	携帯			
	自宅			
Q1	今日はどうされましたか？			
Q2	今までに大きな病気をしましたか？ (入院・手術・けが)		無・有	病名
				何才
Q3	アレルギーはありますか？ (薬・注射・食物)		無・有	何で どうなりました？
Q4	持病はありますか？		無・有	高血圧・心臓・糖尿・高脂血症・胃腸 喘息・腎臓・アレルギー・緑内障 (その他 )
Q5	現在服用中の薬はありますか？		無・有	
Q6	食欲			無・有
	睡眠			良・不良
Q6	便秘			普通・下痢・便秘
	アルコール	飲まない	飲む	何を( )本・合/1日
Q6	たばこ	吸わない	吸う	本/1日
Q7	女性の方へ	生理	順調・不順・無	
		妊娠	していない・している・可能性あり	
Q8	親・兄弟で右の病気の方はいますか？		無・有	高血圧・心臓・糖尿・肝臓・腎臓
			父・母	胃腸・脳卒中・ガン・神経病
Q8			兄弟	(その他 )
Q9	当院を受診されたきっかけは？		ご紹介者 (お名前 ) 家族がかかっている・ホームページ・電話帳 (その他 )	