

問 診 票

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg

いつ頃から	どのような症状がありますか

*上記の症状で他の医師や病院に相談したことがありますか

ある（医師または病院名 _____ ） ない

*血縁の方に同じような症状の方はいますか

いる（続柄 _____ ） いない

*いままで病気をしましたか（○をつけてください）

糖尿病 高血圧 高脂血症 心筋梗塞 脳卒中 緑内障

その他（ _____ ）

*いま飲んでいる薬はありますか（お薬手帳があればお出してください）

*薬アレルギーはありますか ある（ _____ ） なし

*お酒は飲みますか はい（1日 _____ ） いいえ

*たばこは吸いますか はい（1日 _____ 本） いいえ

*現在、妊娠中またはその可能性がありますか はい ・ いいえ