

# 問診票

受診日： 年 月 日

氏名	生年月日： 年 月 日
	年齢： 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	電話番号 自宅： 携帯：

身長（ ） cm

体重（ ） Kg

## 1. 身体に関する症状

- 身体の痛み（部位： ） 体の凝り（部位： ）  
むくみ（部位： ） かゆみ（部位： ）  
発疹（部位： ） 腫れ（部位： ）  
腰痛 胸がしめつけられる  
動悸 肩こり・肩の痛み  
たちくらみ 身体がだるい  
その他（ ）

## 2. いつからこの症状がありますか？

（ ）

## 3. 既往症についてお聞きします。これまでにかかったた病気で以下にあてはまるものがあれば選んでください。

- 結核 脳卒中 心臓病 糖尿病  
がん 腎臓病 高血圧 肝臓病  
手術( ) その他 ( )  
いずれの病気もなったことはない。

## 4. 現在、通院していますか？

はい(病院名： ) いいえ

## 5. 定期的に飲んでいる薬がありますか？

はい( ) いいえ

## 6. 薬や注射でアレルギー反応を起こしたことがありますか？

はい( ) いいえ

## 7. 現在タバコを吸いますか？

はい 1日( )本位 いいえ

## 8. お酒を飲みますか？

はい(8-1もお答えください) いいえ(9へ)

8-1. 1日にどんなお酒をどれくらい飲みますか？

( )

## 9. 緊急時の連絡先をご記入ください。

続柄( ) 電話番号( )

## 10. 女性の方への質問です。

妊娠されていますか？ はい( 週目) いいえ わからない 月経( 月 日) 閉経( )歳

ありがとうございました