

問 診 票

令和 年 月 日

併科受診あり

紹介状 あり (通) なし

健診結果 事故 労災

血 圧 /

脈 拍 SpO₂

体 温 . °C

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳 性別 男 ・ 女 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____

1 今日はどうされましたか？

いつから

どんな症状

2 上記の症状で他の病院にいきましたか？

行っていない

行った 病院名 _____

3 今までにかかった大きな病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

・ _____ 歳頃 病名・手術名 _____ 病院名 _____ 治療中・治癒

・ _____ 歳頃 病名・手術名 _____ 病院名 _____ 治療中・治癒

・ _____ 歳頃 病名・手術名 _____ 病院名 _____ 治療中・治癒

・ _____ 歳頃 病名・手術名 _____ 病院名 _____ 治療中・治癒

・ _____ 歳頃 病名・手術名 _____ 病院名 _____ 治療中・治癒

4 今、飲んでいる薬はありますか？

ない

ある (お薬手帳をお持ちの方は提出してください。)

5 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

ない

ある

「ある」と答えた方 食品 _____ 薬品 _____ その他 _____

裏面へ

6 ペースメーカーや金属など体内に入っているものがありますか？

ない ある ()

7 たばこは吸われますか？ 吸ったことがない 吸う 吸っていた
(1日 本 歳から 歳まで 年間)

8 お酒は飲まれますか？ いいえ はい (1日量)

9 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？ いいえ はい (ヶ月)

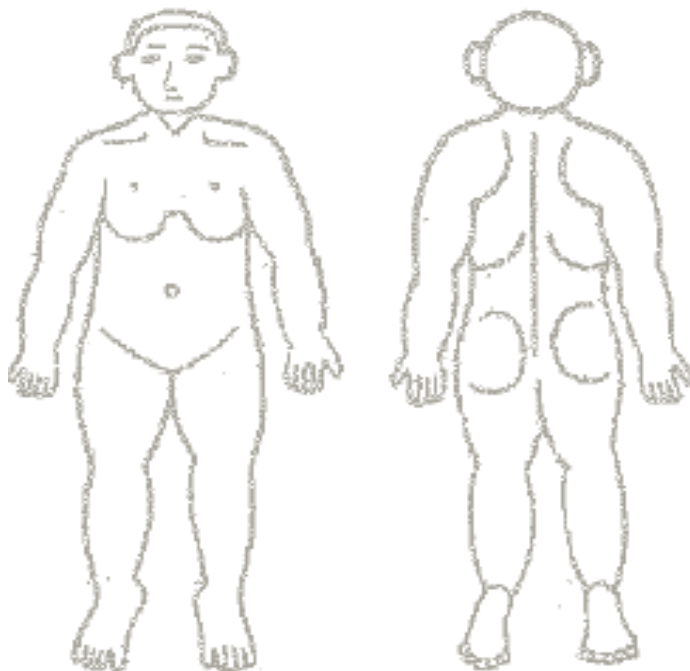
最終月経 月 日 ~ 月 日

現在授乳中ですか？ いいえ はい

10 ご家族で病気の方はいらっしゃいますか？()にご本人との関係もお書きください。

- ・糖尿病 ()
- ・高血圧症 ()
- ・癌 ()
- ・脳梗塞、脳出血 ()
- ・狭心症、心筋梗塞、不整脈 ()
- ・ホルモン疾患 ()
- ・その他 _____ ()

11 診てもらいたい場所はどこですか？○をつけてください。



12 その他