

問診票

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか。

2. 現在かかりつけ医はありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方 (病院名:)
(飲まれている薬:)

3. 今まで下記の病気にかかったことはありますか。 (はい ・ いいえ)
当てはまる方は病名にも〇をお付けください。

糖尿病 緑内障 前立腺肥大症 不整脈 高血圧症 高脂血症 喘息

肝臓病 腎臓病 てんかん 脳卒中

(その他の大きな病気:)

4. 今まであわなかったお薬や、強いアレルギー反応が出たお薬はありますか。 (はい ・ いいえ)

(お薬の名前:)

5. 食べ物や花粉症などのアレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)

はいの方
(アレルギー名:)

6. 嗜好品についてお聞かせください。

飲酒	(飲まない・ 飲む	週	回 / 一回	程度)
たばこ	(吸わない・ 吸う	1日	本)	
コーヒー・お茶	(飲まない・ 飲む	1日	杯)	

7. 睡眠について教えてください。

就寝時間 (就寝 時 ~ 起床 時)

以下に当てはまるものがあれば〇を付けてください。

寝付けないことがある 途中で起きてしまうことがある 熟眠感なし 夢をよく見る

8. 食事や排便についてお聞かせください。

現在食欲はありますか。 (はい ・ いいえ)
お通じの状態 (正常 ・ 下痢 ・ 便秘)

9. 女性の方にお聞きします。

月経について (規則的 ・ 不規則 ・ 閉経)
妊娠の可能性 (あり ・ なし)
授乳 (あり ・ なし)

10. どのようにして当院を知りましたか。

ホームページ チラシ 看板 ご紹介 (から)

11. 外食、コンビニ弁当をよく食べていますか。 (はい ・ いいえ)

12. 菓子パン、お菓子をよく食べていますか？ (はい ・ いいえ)