

【問 診 票】

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明治 大正	年	月	日
氏名				昭和 平成 令和			
現住所							
電話				職業			

- 1) いつから、どのような症状がありますか？
① いつから()
② 症状 ()
- 2) 現在、治療中の病気はありますか？
なし・あり (病名 :)
(飲んでいる薬 :)
- 3) 今までに大きな病気をした、または手術を受けたことがありますか？
高血圧・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・腎臓病・結核
胃、十二指腸潰瘍・高コレステロール血症・癌(癌)
その他の病気()
過去に受けた手術()
- 4) 飲食物、薬剤でアレルギー(じんましん・発疹など)が、でたことはありますか？
なし・あり (薬剤名 :)
(飲食物名 :)
- 5) 緑内障または、前立腺肥大症を指摘されたことはありますか？
なし・あり (緑内障 ・ 前立腺肥大症)
- 6) その他、希望事項がありましたらお書き下さい。
超音波エコー検査・血液検査・レントゲン・血管年齢
[その他]
- 7) 女性の方へ：
① 現在妊娠されてますか、またはその可能性がありますか？
いいえ ・ はい ・ わからない
② 現在授乳中ですか？
いいえ ・ はい