



問診票

DATE: __/__/__

NAME _____ (アルファベット表記) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. アレルギーのある方は下記にご記入ください。

	アレルギー物質	反応 (発疹・呼吸困難など)
食物アレルギー (例: そば、ピーナツなど)		
環境アレルギー (例: 花粉症、動物アレルギー、ハウスダストなど)		
お薬のアレルギー (例: 抗生物質など)		

2. 現在服用中のお薬がある場合は、お薬の名前、容量、服用頻度、服用期間をご記入ください。

3. 今までにかかったことのある病気、または血液検査で異常があった項目をご記入ください。
(例: 喘息、高血圧、高脂血症、痛風、脳こうそく、糖尿病、心臓病、感染症、肝炎、ガン、精神疾患など)

4. 過去に手術をされたことがあれば、手術の内容と、手術を受けた年月をご記入ください。

5. 血のつながったご家族の病歴をご記入ください。ガンの場合は、病巣部位もご記入ください。
(例: 喘息、高血圧、高脂血症、痛風、脳こうそく、糖尿病、心臓病、感染症、肝炎、ガン、精神疾患など)

父		兄弟	
母		子	
祖父	父方:	叔父	父方:
	母方:		母方:
祖母	父方:	叔母	父方:
	母方:		母方:

6. おタバコは吸われますか? はい いいえ
一日何パック、何年間吸っていますか? 1日 _____ パック _____ 年間
おタバコの種類は何ですか? タバコ 電子タバコ

7. 過去に喫煙したことがある場合は、何年前まで、どのくらいの期間、一日何パック喫煙していましたか?
_____ 年前まで _____ 年間 一日 _____ パック

8. お酒は飲まれますか? はい いいえ
飲まれる方は、量を教えてください。 一日に/週に/月に _____ 杯
お酒の種類は何ですか? ビール 日本酒 ワイン ウイスキー その他