



日本語でご記入ください

# 問診票

DATE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

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		母	
兄弟		姉妹	
子	息子：	子	娘：
祖父	父方：	祖母	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

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