

問診表

記入日

お名前

(ID _____)

1. 今日はどうなさいましたか？症状をできるだけ詳しく(いつから、どんな症状か)

ご記入ください。

2. 現在、病気やけがで通院中ですか？ はい いいえ

「はい」とお答えいただいた方へ。

*通院先の病院名

病名

飲んでいる薬の名前

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. 女性の方はご記入ください。

*現在妊娠中ですか？ いいえ はい (週目) 不明(最終生理開始日 月 日)*現在授乳中ですか？ いいえ はい (母乳の割合はどれくらいですか？ _____%)4. 今までに病気やけがで、通院・入院・手術をしたことはありますか？ はい いいえ「はい」の方は通院先の病院名と病名を教えてください。何歳のときでしたか？ 詳しくご記入ください。

年齢	病院名	病名	年齢	病院名	病名
歳	_____	_____	歳	_____	_____
歳	_____	_____	歳	_____	_____
歳	_____	_____	歳	_____	_____

*その際に、輸血を受けたことはありますか？ はい いいえ

5. 家族、血縁の方で次の病気の方がいらっしゃいましたら教えてください。

がん 高血圧・脳卒中・心臓病・糖尿病・肝臓病・喘息・結核・その他
どなたが？ () () () () () () () () () ()6. 今までお薬や注射をした後に気分が悪くなる、発疹が出るなどのアレルギーはありますか？ ある ない
アレルギーの出た薬の名前・症状を教えてください。

7. 現在のお仕事を教えてください。

 手を使う仕事 目を使う仕事 歩く仕事 立ち仕事 力仕事

さしつかえなければ具体的な仕事内容をご記入ください。 _____

8. アルコールは飲まれますか？1日に飲まれる量をお選びください。

 飲まない ビール1本 ビール2本 ビール3本以上 日本酒 1~2 合 日本酒 3~4 合 日本酒 5 合以上

上記以外の方は具体的にご記入ください。 _____

9. タバコは吸われますか？1日に吸われる量をお選びください。

 吸わない 1~10 本 11 本~20 本 21~30 本 30 本以上

吸われる方は、何歳のときから吸われていますか？ _____歳 フリンクマン指数()本 × ()年 = _____

10. 身長・体重をご記入ください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg 20歳時の体重 _____ kg