

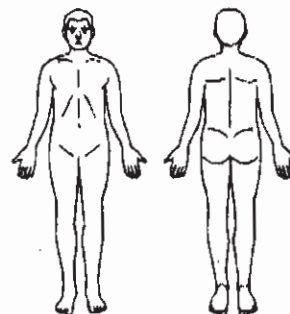
# 問 診 票

記入日： 平成      年      月      日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	明治・大正・昭和・平成 年      月      日 (      才)
住所	〒		電話番号 (自宅) (携帯)

身長：\_\_\_\_\_ cm    体重：\_\_\_\_\_ kg    体温：\_\_\_\_\_ °C    職業：\_\_\_\_\_    自動車の運転： 有 ・ 無

1. いつ頃からどのような症状がありますか？  
また、その部位を図にご記入ください。



2. 今までにかかった病気、又は現在治療中の病気はありますか？

- 高血圧症     狭心症     心筋梗塞     不整脈     脳梗塞・脳出血  
 気管支喘息     肺結核     胃・十二指腸潰瘍     肝臓病     アレルギー疾患  
 糖尿病     腎臓病     膠原病     高脂血症・高コレステロール血症  
 癌 (                    )     その他 (                    )

※過去に入院や手術をされたことはありますか？

【 いえ ・ はい 】 「はい」の方【病名： \_\_\_\_\_】 【時期： \_\_\_\_\_ 頃】

3. 今までに薬や注射などで副作用を起こしたことはありますか？ 【 いえ ・ はい 】

「はい」の方【症状： \_\_\_\_\_】 【薬剤名： \_\_\_\_\_】 【時期： \_\_\_\_\_ 頃】

4. 服用中のお薬はありますか？ [ \_\_\_\_\_ ]

本日お薬手帳はお持ちですか？ 【 いえ ・ はい 】

5. お酒を飲みますか？ 【 いえ ・ はい (頻度： 毎日 ・ 週      回 ・ 時々 ) ]

6. タバコを吸いますか？ 【 いえ ・ はい (頻度： 1日      本 ) ]

7. 介護保険をお持ちですか？ 【 いえ ・ はい 】

→リハビリはご希望ですか？ 【 いえ ・ はい 】

8. ペースメーカーをご使用ですか？ 【 いえ ・ はい 】

9. 女性の方のみお答えください。 妊娠中ですか？ 【 いえ ・ はい 】

10. 当院をどのように知りましたか？

【 インターネット ・ 看板 ( 駅 ・ 道路沿い ・ 電柱 ) ・ ご紹介 ・ その他 (                    ) 】

なかねクリニック 院長 中根幸実