

問診票

フリガナ		体温( )°C		
お名前		男・女	大・昭・平・令	年 月 日生
〒		お電話番号		
ご住所		【御自宅】 【携帯電話】		

以下の質問にお答え下さい。あてはまるところに☑もしくは記入をお願いします。

Q1 今日はどうなさいましたか？

( )

- いつからですか？ ( )
- 経過はどうですか？ 良くなっている 同じ 悪化している
- そのことで医師の診察を受けましたか？
- 受けた(病院名： /紹介状 ある ない)
- 受けていない
- そのことで現在薬を飲んでいますか？
- いる(薬品名： ) ない

Q2 現在治療中の疾患があればご記入下さい。

( )

- 普段から飲んでいる薬はありますか？あれば( )内にご記入下さい
- ある ( )  
お薬手帳あり なし
- なし
- 過去に病気、手術などをしたことはありますか？
- ある( ) ない
- 薬剤や食べ物などのアレルギーがありますか？
- ある( ) ない

Q6 血のつながった方に次の病気の方はいらっしゃいますか？

- 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝炎
- 癌 腎臓病 結核 突然死 いない

Q7 女性の方にうかがいます。

- 前回の生理日を教えてください
- 前回( 月 日～) 生理中 閉経している( 歳頃)
- 妊娠している可能性はありますか？
- ある ない 妊娠中 授乳中

Q8 下記について教えてください。

- 便秘 : 快便 下痢 便秘( 日に1回)
- たばこ : 吸う(1日に 本/約 年間) 禁煙した( 歳頃)
- 吸わない
- 飲酒 : 毎日 週に( )回 時々 飲まない
- お酒の種類( ) 一回あたりの飲酒量( )

Q9 クリニックをお知りになられたきっかけを教えてください。

- ラジオ インターネット 知人の紹介(お名前 )
- 新聞 看板 その他( )

Q10 その他ご相談したいことがあればお書き下さい

( )

★糖尿病内科で受診をご希望の方は裏面の記入もお願いします★