

# 問診票

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 大・昭・平 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

受診される方以外の緊急連絡先(続柄) \_\_\_\_\_

ご本人に意志確認ができないときなどに、連絡させていただきますので、必ずご記入下さい。 《例》ご本人の意識がないとき など

1. いつから、どのように体調が悪いのかご記入ください。

(

現在の	
体温	℃
身長	cm
体重	kg
血圧	/ mmHg

【女性の方へ】生理(順調・不順・閉経)妊娠中ですか(はい・いいえ)、授乳中ですか(はい・いいえ)

【男性の方へ】前立腺肥大と診断されたことはありますか(はい・いいえ)

2. 緑内障と診断されたことはありますか。

はい・いいえ

3. そのために、どこかで診察を受けましたか。(受けた・受けていない)

病院名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

4. 今までに、何か病気で治療を受けた事がありますか。

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳 病名 \_\_\_\_\_

5. 今、何か薬を飲んでいますか。(はい・いいえ)

薬品名 \_\_\_\_\_ ⇒お薬手帳・情報文書などをご提示ください。

6. 今までに、食品や薬などでアレルギーを起こしたことがありますか。

薬 (はい・いいえ) 薬品名 \_\_\_\_\_

食物 (はい・いいえ) 食品名 \_\_\_\_\_

7. タバコ、アルコールは飲みますか。

タバコ(はい・いいえ) アルコール(はい・いいえ)

8. ご家族に次の病気の方はいらっしゃいますか。

悪性腫瘍・脳卒中・心疾患・糖尿病・高血圧・肝炎・結核  
アレルギー・精神疾患・腎疾患・喘息・リウマチ

9. 当院を、何でお知りになりましたか。

紹介・常陽リビング・ちらし・看板・その他( )

10. 当院までの、交通手段は何ですか。

徒歩・自転車・バイク・バス・キララバス・電車・自家用車・タクシー