



問診表

ふりがな お名前	生年月日 大正 / 昭和 / 平成 / 令和 年 月 日	性別 男 ・ 女
住所（〒 - ）		
自宅電話番号 携帯電話（本人・本人以外【ご関係】） - - - - - 自宅、携帯両方お持ちの方はできる限り両方お書きください。		

●症状をお書きください。

[]

●現在、治療中の病気 なし あり

・「あり」の方は病気を○で囲んでください。

[・高血圧 ・高脂血症 ・糖尿病 ・痛風 ・心臓病 ・不整脈 ・腎臓病 ・肝臓病
・脳卒中 ・喘息 ・緑内障 ・その他()]

●過去今までに病気、手術をされたことはありますか？ なし あり

病名 [] いつ頃 []

●今飲んでいるお薬はありますか？ なし あり

[]

●薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

「あり」の方は何のアレルギーですか？

[]

●生活習慣病について

・お酒 飲む 飲まない

・たばこ 吸う（1日 本 年） 吸わない 禁煙した

（ 年前から）

●女性の方にお伺いします。 ・妊娠の有無 なし あり

●当院へお越しになったきっかけを教えてください。

ご紹介() 様 ホームページ(検索ワード:)

その他()