

# 問 診 票

平成\_\_\_\_年\_\_月\_\_日記入

(内科・循環器科用)

ふりがな

氏 名

( 男性 ・ 女性 )

身長： cm

生年月日 明・大・昭・平

年 月 日

( 歳 )

体重： kg

住 所 〒

電話番号 ( )

職業 (具体的に)

いつから、どのような症状がありますか？

いつ頃から

年

月

日

どのような症状

過去に治療を受けた病気がある場合、その病名とその時の年齢をご記入下さい。

(1)

歳

(2)

歳

現在治療中の病気はありますか？ (あり・なし)

ありの場合、その病名をご記入下さい。

現在定期的ののんでいる薬はありますか？ (あり・なし)

ありの場合、どのような薬ですか？

今までに薬や食べ物でじん麻疹が出たりしたことがありますか？ (あり・なし)

ありの場合、どのようなものでおこりましたか？

女性の方にうかがいます。 現在妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)

現在授乳中ですか？ (はい・いいえ)

家族構成 (病気加療中もしくは亡くなった方はその病名をご記入下さい)

(特に高血圧、糖尿病、高脂血症、脳いっ血、心臓病、癌など)

父 歳 健康・病気加療中・死亡( 歳) 病名( )

母 歳 健康・病気加療中・死亡( 歳) 病名( )

兄弟姉妹 人 健康・病気加療中・死亡( 歳) 病名( )

配偶者 歳 健康・病気加療中・死亡( 歳) 病名( )

子供 人 健康・病気加療中・死亡( 歳) 病名( )

お酒とタバコについて、該当するところに をつけるか、下線部にご記入下さい

お酒 : 1日平均 1合 \_\_\_\_\_ 以下・以上・たまに付き合いで飲む程度・飲まない

タバコ : 1日 \_\_\_\_\_ 本・吸わない・過去に吸っていた( \_\_\_\_\_ 年前より禁煙)

最後に (お知らせとお願い)

裏面をお読みいただき、ご理解、ご協力いただけるようでしたら、ご署名をお願いいたします。

## お知らせとお願い

当クリニックでは臨床医学発展のため、厚生労働省や製薬企業の行なう薬の副作用調査や市販後調査(これらは医師の義務とされています)、循環器学会や内科学会、大学の行なう臨床研究(「医師主導型臨床研究」と言います)、地域の循環器研究会に積極的に参加しています。

この場合、個人が特定できない形(年齢と性別のみ使用)で患者様のデータ(血液検査、レントゲン検査、心電図検査など)を利用させていただくことがございます。

なお、研究によっては「同意書」が必要な場合がありますが、その際には個別に説明させていただきます。

また、日常診療においても、病状の変化や、より専門的な診療のために、他院へご紹介する場合があります、この際に他院へ患者様の診療情報を提供することがございます。

上記にご理解、ご協力いただける場合には下記にご署名をお願いいたします。

ご氏名 \_\_\_\_\_