

問 診 票

令和 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 〒

職業 (具体的に)

電話番号 () — 携帯番号 () —

マイナ保険証による診療情報取得に同意をいただけますか？ (はい・いいえ)

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、他の医療機関で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。

現在定期的に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 ()

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・過去に吸っていた (_____ 年前より禁煙) ・吸わない

裏面の記載もお願いいたします

