

問 診 票

令和 年 月 日

カルテNO.

ふりがな		性別	生年月日	年齢
お名前		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	才
住所	〒 -	電話	自宅： - - 携帯： - -	
勤務先：	職業：	身長：	cm	体重： kg

1. 来院された理由、症状などをご記入下さい。

2. 今までに大きな病気や手術を受けられたことがありますか。いいえ・はい (歳頃)

(病名または手術名：)

3. 現在治療している病気はありますか。いいえ・はい (病名：)

4. 体に合わない薬はありますか。いいえ・はい (薬の名前：)

5. アレルギーはありますか。いいえ・はい (花粉症・喘息・じんま疹・その他：)

6. 食欲はありますか。いいえ・はい

7. 夜はよく眠れますか。いいえ・はい

8. 便通は毎日ありますか。いいえ 日毎に1回・はい

9. 最近、体重に変化がありましたか。減少・不変・増加

10. たばこは吸いますか。吸わない・やめた・吸う (1日 本 年間)

11. アルコールは飲みますか。飲まない・週に 日・毎日

1日、ビール： ml 酎ハイ： ml ワイン： ml 焼酎： 合 日本酒： 合

12. 女性の方：生理は規則正しくありますか。いいえ・はい

最後の生理はいつですか。 月 日 ~ 月 日

妊娠の可能性はありますか。いいえ・わからない・はい (週目)

現在授乳中ですか。いいえ・はい

★恐れ入りますが引き続き裏面もご記入下さい★

