

# 問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな

名 前 \_\_\_\_\_ 男・女 (○をつけて下さい)

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

1. 今日はどうされましたか？  
( \_\_\_\_\_ )
2. それはいつからですか？  
( \_\_\_\_\_ )
3. 現在、薬は飲んでいますか？ (わかる範囲でかまいません)  
内服薬名 ( \_\_\_\_\_ )
4. アレルギーはありますか？ (花粉・食物・薬物など)  
( \_\_\_\_\_ )
5. 紹介状はお持ちですか？ はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )
6. 現在持病はありますか？ はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ \_\_\_\_\_  
心臓病 糖尿病 高血圧 肺の病気 腎臓病 胃腸病  
脳卒中 整形外科 その他 ( \_\_\_\_\_ )
7. 今まで入院するような病気や手術をしたことがありますか？  
はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ \_\_\_\_\_
8. たばこは吸いますか？  
吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間) 止めた ( \_\_\_\_\_ 年前) 吸わない
9. お酒は飲みますか？ 飲まない たまに飲む  
飲む ( \_\_\_\_\_ 日で \_\_\_\_\_ 本) (ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー・その他)
10. 女性の方にお伺いいたします。現在、妊娠の可能性はありますか？  
はい \_\_\_\_\_ ・ いいえ \_\_\_\_\_
11. その他、質問があればお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_ )

\* 問診票の内容は、個人情報保護法に基づき診療目的以外には使用いたしません。

なかの循環器科内科クリニック 院長 中野 純樹