

# 問 診 票

住所	〒					
フリガナ			(生年月日) 明・大・昭・平 年 月 日			
氏名	男・女					
電話	緊急連絡先(携帯電話等) なるべくお書き下さい					
体温	℃	身長	cm	体重	kg	
薬に対するアレルギー 有・無						
既往歴(病名・時期)						
1 この具合が悪いのですか？						
<input type="checkbox"/> お腹の具合が悪い		<input type="checkbox"/> 頭が痛い		<input type="checkbox"/> 熱がある		
<input type="checkbox"/> 喉の調子が悪い		<input type="checkbox"/> 背中や腰が痛い		<input type="checkbox"/> しこりがある		
<input type="checkbox"/> 健康診断で注意された						
<input type="checkbox"/> その他 ( )						
2 現在、お薬を飲んでいますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(何の薬ですか？ )						
3 現在通院中の病院などありますか？ ある場合は施設名( )						
4 家族で突然死をした人はいますか？						
<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない						
5 お酒は1日どれくらい飲みますか？						
酒	合	ビール	本	その他		
6 タバコは1日どれだけ吸いますか？						
<input type="checkbox"/> 吸わない		<input type="checkbox"/> 吸う		何本		本
7 車の運転はしますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
8 現在ご家族の中で病気や症状がありましたらご記入下さい						
9 ご家族の中で過去に病気をされた方はありますか？						
10 最近海外へ行きましたか？ 行った方はどの位前にどこへ行きましたか？						
11 今までに受けた予防接種はありますか？						
<input type="checkbox"/> インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 破傷風		<input type="checkbox"/> 麻疹		
<input type="checkbox"/> 風疹		<input type="checkbox"/> おたふく		<input type="checkbox"/> ポリオ		
<input type="checkbox"/> その他						
12 女性の方へ。月経は順調にありますか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
13 妊娠、あるいは授乳中ですか？						
<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 授乳中		<input type="checkbox"/> 妊娠中		ヶ月
14 その他心配になる事がありましたらお書き下さい						