

<問診票>

フリガナ：	性別：男性・女性		
氏名：	身長：	cm	
	体重：	kg	
生年月日：(明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日 生まれ 歳	職業：		
住所：〒	電話番号		
① 今日来院された理由をお書きください。(症状等、具体的にお願いします。)			
(腫れ： 有 ・ 無) (しびれ： 有 ・ 無)			
② その症状はいつ頃からですか？	そのきっかけは、ありましたか？		
	ある () ・ なし		
③ 今までに大きな病気・手術をされたことがありますか？			
・ある () 年 月頃 (約 年前)			
・ない			
④ 薬・注射・食品などアレルギーが起きたことありますか？			
・ある ()			
・なし			
⑤ 現在治療中の病気、服用中の薬があればお書きください。			
※女性の方のみお応え下さい			
・妊娠の可能性はありますか？			
ある (出産予定日 年 月 日) ・ない			
わからない (最終月経開始日 年 月 日)			
・閉経 (歳)			
⑥ 下記の項目についてお応え下さい。			
・タバコ 吸う (1日 本ぐらい) 喫煙歴 (年) ・吸わない			
・アルコール： 飲む (1日) アルコール歴 (年) ・飲まない			
・その他嗜好品：()			
⑦ ご家族に下記の病気の方はいらっしゃいますか？			
糖尿病 () 喘息 () 高血圧 () 心臓病 () 腎臓病 ()			
肝臓病 () 脳梗塞 () 悪性腫瘍 () 内部泌疾患 () その他 ()			
⑧ その他、何かありましたらお書きください。			
※当院へ来られたきっかけは何ですか？			
家族・知人の紹介 () 看板を見て () インターネットを見て ()			
家が近い () その他 ()			