

<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 ・ 令和) 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がありますか？		
・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。		
※女性の方のみお答え下さい		
・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答え下さい。		
・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 () 内分泌疾患 () 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 ()		