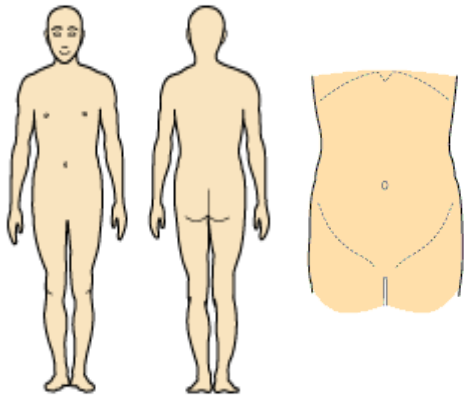
《　問　診　シ　ー　ト　》

年　　月　　日

フリガナ お名前		男 ・ 女	生年月日 年　月　日 才	身 長 cm	体 重 kg	体温 ℃
ご住所	〒			電話 （連絡先）	（　　） ー	

1．いつから、どのような症状がありましたか？

	症状があるのは体のどの部分ですか？
月　　日　体温（　　℃）	
月　　日　体温（　　℃）	
月　　日　体温（　　℃）	

2．現在、治療中の病気はありますか？（例：高血圧、糖尿病、高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ血症など）

年　　月頃から　病名：

3．今までに何か大きな病気で治療（手術）を受けたことがありますか？（盲腸、喘息など）

ない　/　ある　→　病名（いつ頃）：

4．現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない　/　ある　→　薬名：

5．薬や注射、食物でじんましん等アレルギー反応が出たことはありますか？（例：ペニシリン、エビなど）

ない　/　ある　→　薬品名：　　食品名：

6．家族(祖父母・両親・子ども)で病気をされた人はいますか？　例：脳出血（祖父）糖尿病（父）高血圧（母）

病名：　　（　　）　病名：　　（　　）

病名：　　（　　）　病名：　　（　　）

7．お酒は飲みますか？

飲まない　/　やめた　/　飲む　→（　　回／週）（ビール・日本酒・焼酎　　杯・合　）

8．たばこは吸いますか？

吸わない　/　やめた（　　前から、それまで　本/日）/　吸う→（　　歳頃から１日　　本ぐらい）

9．輸血をしたことがありますか？

ない　/　ある　→　いつ頃ですか？　（　　年頃）または（　　歳頃）

１０．女性のみお答えください。

前回の月経は？　　月　　日から　　日間（　定期・不定期　）　・　閉経：　　歳

現在妊娠していますか？　　はい（　　ヶ月）　・　いいえ

１１．当院を来院されたきっかけを教えてください。　1 インターネット　　2 駅広告

3 知人の紹介（　　）4 先生の紹介（　　）5 その他（通りがかり、　　）

ハートクリニック南千住