

# 問診票

(糖内・血内・消内・循内・総診・呼内・脳外・脳内・外科・血管外・整形・皮膚・眼科・耳鼻)

氏名	男・女
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 歳

kg	cm
cm (-1.5cm)	°C
時 分	/ mmHg

○紹介状はありますか？ ..... ある・ない

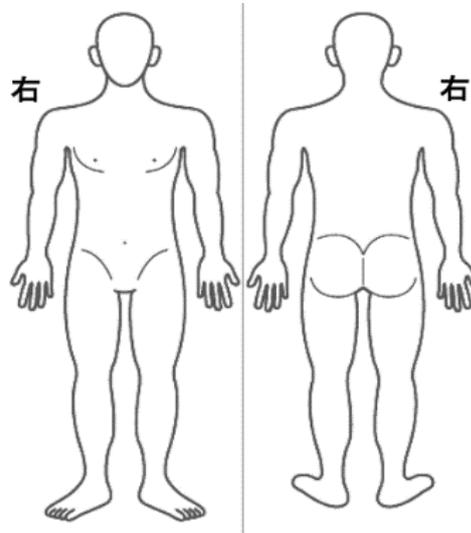
○今日はどうなさいましたか？

[Text input area]

○いつ頃からですか？

[Text input area]

○症状のある部位にマークをつけてください。(右の絵)



○現在、治療している病気がありますか？ ..... ある・ない

病名
----

○おくすり手帳はありますか？ ..... ある・ない

○アレルギーがありますか？ ..... ある・ない

薬品	食品	その他
----	----	-----

○今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？ ..... ある・ない

病名	手術名
----	-----

○現在、喫煙はしていますか？ ..... はい・いいえ

[ ] 本/日	禁煙歴	[ ] 歳より	[ ] 年
---------	-----	---------	-------

○定期的に飲酒はしていますか？ ..... はい・いいえ

一日 [ ] mL	・ビール・焼酎・日本酒・その他	[ ]
-----------	-----------------	-----

○どのような結果であっても、すべての病気(がんを含めて)や治療の説明を受けることを希望しますか？ ..... はい・いいえ

○ご自身以外の人に病気や治療の説明をすることに同意しますか？ ..... はい・いいえ

[どなたに説明しますか？]

## ★女性の方へ

現在、生理中ですか？ はい・いいえ      妊娠中ですか？ はい・いいえ