

日付 _____

問診票 Ver.10

No. _____

ふりがな

お名前： _____ 大昭平 年 月 日生 歳：男女

ご自宅住所：〒 _____
Tel () _____

日中連絡先の名称など： _____
Tel () _____

以下の質問は、診療のための大切な資料になります。お答えになれる範囲でかまいませんので
できるかぎりご記入をお願いいたします。

① 現在 なにか内服薬や外用薬を常用していますか？（市販薬やサプリメントなどを含む）

（いいえ：はい _____
_____）

② 緑内障または前立腺肥大をお持ちですか？排尿がうまくいかないことはありませんか？

（いいえ：はい _____）

③ 現在 妊娠していますか？ いない いる（ _____ カ月）

④ ぜんそく、アトピー性皮膚炎、花粉症、じんましん などのアレルギー性の病気をおもちですか

（いいえ：はい _____）

⑤ これまでに大きな病気にかかったり、入院したり、手術したことはありますか

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

何歳頃 _____ どのような病気で _____

何病院で _____ どのような治療を _____

⑥ 健康診断や人間ドックで異常を指摘されたことがありますか

（いいえ：はい _____
_____）

⑦ 血縁の方の中に以下の病気をお持ちの方がいらっしゃいますか

高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、がん、喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
リウマチや膠原病、甲状腺の病気、肝臓病、胃腸病、結核

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

（ _____ が病名 _____ ）（ _____ が病名 _____ ）

⑧ タバコは _____ 歳から吸いはじめ、1日平均 _____ 本吸っている。または、 _____ 歳ごろやめた。

⑨ アルコールは （飲まない または おつきあいで少々）、

（飲む：何を _____ 1日平均 _____ くらい）

⑩ できるだけお薬に頼らないで病気を治したいという方針ですか（はい：いいえ）

⑪ お薬や食べ物で じんましんやアレルギーが出たことがありますか

（いいえ：はい _____ なにでどうなりましたか？
_____）