

## 問診表(18歳以上の方)

フリガナ

お名前

男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日( )歳 職業( )

住所 〒

電話番号 (自宅)

(携帯)

★検査結果などで異常があり、至急連絡をとりたい場合は、どちらの電話がよろしいでしょうか？

( )自宅 ( )携帯 ( )電話はしないでほしい

1. 本日は いつから どのような症状があって 来院されましたか？具体的にご記入ください。

2. あてはまるものに ○ をつけてください。

1) 既往歴 : 高血圧 不整脈 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 糖尿病 高脂血症 痛風  
気管支喘息 アレルギー性鼻炎 アレルギー性結膜炎 アトピー性皮膚炎  
その他( )

2) ご家族(両親・兄弟)の既往歴: 高血圧 不整脈 狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 脳出血 糖尿病  
高脂血症 気管支喘息 その他( )

3) お薬でアレルギーが出たことがありますか? ( )はい ( )いいえ  
「はい」の方は薬剤名をお書き下さい:( )

4) 食べ物でアレルギーが出たことはありますか? ( )はい ( )いいえ  
「はい」の方は食物名をお書き下さい:( )

5) 現在、定期的に服薬しているお薬のある方はお書きください。  
( )

6) 喫煙の有無をお教えてください。 ( )吸う ( )吸わない ( )以前吸っていた  
「吸う」の方は右にご記入ください:( )歳頃から( )本/日くらい。

7) 閉経前の女性の方へ

現在妊娠していらっしゃいますか?

( )妊娠中→出産予定日 月 日

( )わからない ( )していない

授乳中ですか?

( )はい ( )いいえ

8) ご家族で当院に通院している方がいらっしゃいましたらお名前をお教えてください。

( )

9) 65歳以上の方へ: 肺炎球菌ワクチンを接種したことがありますか? ( )ある ( )ない

「ある」の方は、いつ頃かわかりましたらご記入ください: H 年 月頃

10) その他、質問・ご希望等ございましたら お書きください。