**問　診　票**　　　　　　　平成　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| お |  |  | （ 男・女) | 明 ・大 ・昭 ・平　　　年　　　月　　　日(　　歳) | | | | |
| 住所　〒 |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 携帯電話 |  |  |  |
| 身長 |  | cm | 体重 |  | ｋｇ | 体温 |  | ℃ |

●**いつからどのような症状があるか、今日受診することになった主な症状をお聞かせ下さい。**

* **現在、どちらか病院にかかられていますか？**

　　　　いいえ　・　はい　（病医院名：　　　　　　　　　　　　　　病名：　　　　　　　　　　　　）

* **現在飲んでいるくすりはありますか？**

　　　　ない　　・　ある　　（薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **今までにかかったことがある主な病気やケガ・手術はありますか？**

　　　高血圧　　心臓病　　糖尿病　　肝臓病　　腎臓病　　脳梗塞　　脳出血　　喘息　　肺結核

輸血

受けた手術（　　　　　　　　　　　　　　　）　その他（　　　　　　　　　　　）　特になし

* **今までに、くすりや食べ物などで、アレルギー症状が出たり気分が悪くなったことはありますか？**

　　　　いいえ　・　はい　（くすり：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　（食べ物：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* **生活習慣についておたずねします。**

　　　　アルコール　　飲まない　・　飲む　　　　　　　を1日　　　　　　　本くらい

　 　　 たばこ　　　　吸わない　・　吸う　1日　　　　　本　　　　　　年間

* **家族構成をお書きください（同居の方を教えてください）。**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●　**差し支えなければ、現在のご職業をお書き下さい。**　　（　　　　　　　　　　　　　）

* **女性の方へおたずねします。**

　　　　現在妊娠している可能性はありますか？　　いいえ　・　はい

授乳中ですか？　　　　　　　　　　　　　いいえ　・　はい

● **当院をどのようにしてお知りになりましたか？**　看板 ・ インターネット ・ 知人 ・ チラシ

その他　（　　　　 ）

* **おたずねになりたいことや不安なこと、ご要望があれば自由にお書き下さい。**

**漢方の処方を**　　　希望する　・　どちらでもない　・　希望しない

ご協力ありがとうございました。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬院内科循環器科クリニック