

# 問 診 票

令和 年 月 日

フリガナ	生 年 月 日
氏 名	大正・昭和 平成・令和 年 月 日

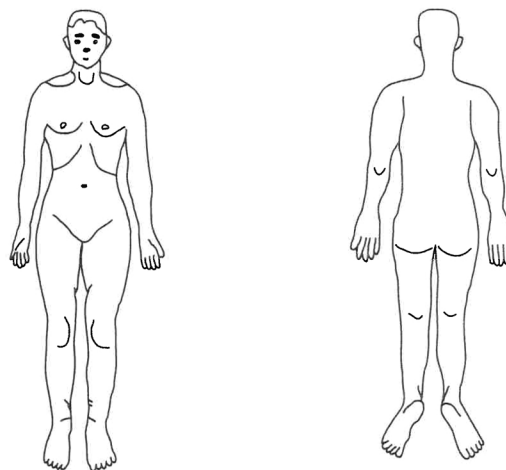
現住所 \_\_\_\_\_

TEL (自宅) \_\_\_\_\_ TEL (携帯) \_\_\_\_\_

病気の診断に必要ですので下記についてわかる範囲でお答え下さい。

いつ頃から： 年 月 日 午前 午後 時頃

状態、原因： 部位：  
(わかる範囲で)



症 状 : 痛み・しびれ・熱感・冷感(冷え)・まひ  
その他 ( )

症状の程度 : 弱い・強い  
どんな時にひどくなりますか ( )

以前にかかった病気 : 喘息・胃潰瘍・糖尿病・高血圧・脳疾患・心疾患  
高脂血症・肺炎・骨粗鬆症  
その他 ( )

現在治療中の病気 : ( )

現在服薬中の薬名 : ( )

手術歴 : なし・あり ( )

輸血歴 : なし・あり ( 年頃)

アレルギー、副作用歴 : なし・あり (薬  
(注射 )  
(食べ物等 )

女性のみ現在妊娠の可能性 : なし・あり ( ヶ月) ・現在授乳 : なし・あり

※以下については、内科・心療内科にかかる方のみお書き下さい。

便 通 : 普通・便秘・下痢

睡 眠 : 普通・不眠

排尿障害 : なし・あり

家族の病気歴 : 脳梗塞・がん・心筋梗塞・糖尿病