

問診票（一般）

住所：〒

氏名： _____ 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ メールアドレス _____

1 今日はどうされましたか？

→

[]

2 症状はいつからですか。

→ () 日前 () か月前 () 年前

3 いままで大きな病気にかかったこと、手術を受けたことはありますか。

→ () ない () ある ()

4 以下の病気をお持ちですか？（○をつけてください）

心臓病 不整脈 心房細動 高血圧 糖尿病 腎臓病 気管支ぜんそく 甲状腺の病気
がん（部位： _____ ） アトピー性皮膚炎 緑内障 前立腺肥大

5 ご家族にご病気はありますか。（さしつかえない範囲で）

→ 父 () 母 () 祖父 () 祖母 ()
きょうだい () 子供 ()

6 タバコはすっていますか？お酒を飲みますか？

→ **タバコ** () 吸ったことがない
() 過去に吸っていた 1日 () 本 () 歳～ () 歳
() 現在吸っている 1日 () 本 () 歳～

お酒 () まったく飲まない、機会がなければ飲まない
() 週2-3回飲む 種類 () を () ml 程度
() 毎日飲む 種類 () を () ml 程度

7 今定期的に飲んでいるおクスリ、サプリメントはありますか？

→ () ない
() ある 内容 ()

☆おクスリ手帳があれば問診票と一緒にお願いします。

8 食物、ペットやおクスリに対するアレルギーはありますか？

→ () ない
() ある 内容 ()

9 睡眠の状況について、あてはまることはありますか？

() よく眠れず日中眠気がある () いびきをかく
() 家族から寝ているときに苦しそう、息が止まっていると言われる

10 その他診察の上で注意してほしいこと、伝えておきたいことがあればお書きください。

→

[]

質問は以上です。受付スタッフにお渡しください。

村西循環器クリニック