

# 問診票（一般）

住所：〒

(フリガナ)  
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ぐすり、サプリメントはありますか？

→ ( ) ない

( ) ある 内容 ( )

☆おぐすり手帳があれば問診票と一緒に  
お出しください。

8 食物、ペットやおぐすり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