問診票



								且	°C)_	
	ふりがな			男			₹			
	氏 名			女	佳	注所				
		(生年月日	年 月	日生)						
	身長		体重			Ĺ	自宅	()	
	分区	c m	(平里		k g	护	携帯	()	
1	. 紹介状はる	ありますか?(ない・ あ	る 病院名	:			1)
2.本日はどうなさいましたか?症状(いつから()
3.経過はどうですか? (良くなっている ・ 同じ ・ 悪くなっている)										
4.普段から飲んでいる薬はありますか? (ない ・ ある) 薬品名:										
どちらの医療機関で処方されていますか?()
5.今まで入院治療、手術、外傷などはありますか? (ない · ある) ()歳頃:病名() 歳頃:病名() ねんそく、高血圧、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、心臓病、肝炎、腎臓病、 るよれをは、高れをは、高れをは、高れをは、高れをは、高れをは、高れをは、高れをは、高)
6.今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか? (ない ・ ある :何のアレルギーですか?)
7.近親者(血のつながった方)に次の病気がありますか? 糖尿病、高血圧、高脂血症、肝炎、癌、腎臓病、結核、突然死										
8.女性の方にうかがいます。 前回の生理(最終月経)はいつでしたか? (月 日頃)(歳で閉経している) 現在生理中ですか?(いいえ ・ はい) 現在妊娠していますか? (いいえ ・ はい)										

9.その他、何かご質問、ご相談はありますか?