

I D No. _____

問診票

令和 年 月 日

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
住所 〒 _____		年	月	日	(才)
電話 (自宅) - -		電話 (携帯)	-	-		
身長 約 _____ cm		利き手はどちらですか	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左		
体重 約 _____ kg		ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		

血圧: _____ / _____ 脈拍: _____ 体温: _____ °C

※血圧測定後 用紙にお名前のご記入をお願いします

1. いつからどのような症状がありますか

2. 今まで病気・ケガ・手術をした事がありますか

なし

あり→下記に詳しくご記入ください 例) 高血圧症 55歳～・大腿骨頸部骨折 40歳～

3. 現在 お薬を飲んでいますか※お薬手帳を提出された方は記入不要です

なし

あり→詳しくご記入ください _____

4. アレルギー (薬・注射・食べ物・花粉症) はありますか

なし

あり→詳しくご記入ください _____

5. 血縁関係のある方に次のような病気の方はいますか

なし

脳梗塞・脳出血・くも膜下出血 (誰が _____) がん (誰が _____)

6. たばこについてお答えください

喫煙歴なし

喫煙歴あり _____ 才～ _____ 才まで・当時 _____ 本/日

現在吸っている _____ 本/日 _____ 才から

7. アルコールについてお答えください

飲まない 飲む _____ 回/週 お酒の種類 _____ 量

8. 睡眠中いびきをかきますか

なし あり わからない

9. 女性の方で当てはまる項目があればチェックしてください

なし 妊娠中 妊娠の可能性はある 授乳中

