

【 豊川医院 問診票 】

診察の参考にするために次の質問にお答えください。記載内容は診療目的以外には使用しません。

受診日 年 月 日

ふりがな				男・女
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)			
住所	〒 -			
電話番号	自宅・携帯 - -			
身長 () cm / 体重 () kg				
本日受診することになった主な症状を教えてください。				
いつから	症状			
今までにかかった病気や、 現在治療中の病気はありますか？	ある	がん・高血圧・高脂血症・喘息・糖尿病 痛風・肝臓病（B型/C型肝炎）・腎臓病 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞・脳出血 うつ病 その他 ()		ない
今までに手術を 受けたことがありますか？	ある	(才時) (病名:) (才時) (病名:) (才時) (病名:)		ない
近親者（両親・兄弟）で次の病気にかかった方はいらっしゃいますか？	はい	がん・脳梗塞・脳出血・高血圧・高脂血症・糖尿病 その他 ()		いいえ
現在、飲まれているお薬はありますか？ （お薬手帳をお持ちの方は提出ください）	ある	()		ない
今まで薬や食べ物などでアレルギーを起こしたことがありますか？	ある	・ 薬 () ・ 食べ物 () ・ その他 ()		ない
現在、タバコを吸っていますか？	はい	1日 ()本 × ()年		いいえ
過去にタバコを吸っていましたか？	はい	()年前に ()年間吸っていた		いいえ
お酒を飲みますか？	はい	毎日・()回/週・()回/月		いいえ

★女性の方におたずねします。 ・妊娠していますか？ ・授乳中ですか？	はい	<input type="checkbox"/> 妊娠中（予定日 年 月ごろ） <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中	いいえ
--	----	---	-----