

— 問診表 —

お名前 (_____、ふりがな _____)
生年月日 (M・T・S・H 年 月 日) 男・女、 既婚・未婚
ご住所 (〒 _____)
電話番号 (_____)

1、 今日どのようなことで受診されましたか？

頭が痛い、 物忘れ、 めまい、 しびれ、 歩きにくい、 しゃべりにくい、
 かぜ(のど、鼻水、せき、たん)、 熱、 とうき、 胸が痛い、 関節が痛い、
 おなかが痛い、 下痢、 はきけ、 便秘、 眠れない、 検診異常
 その他(_____)

●それはいつからですか (_____)

2、 検査についてご希望がありますか？

くわしく調べてほしい、 精密検査は希望しない、 その他 (_____)

3、 今までにかかった病気がありますか？

はい (具体的に _____)、 いいえ
現在のんでいる薬はありますか？
 はい (薬の名前 _____)、 いいえ

4、 嗜好品についておたずねします。

■アルコール (ビール 本/日、日本酒 合/日、その他 /日)、
 たまにのむ、 のまない
■たばこ (本/日を 年間)、 たまに吸う、 吸わない

5、 いままでに薬・食べ物で気分が悪くなったり、湿疹が出たりしたことがありますか？

はい (具体的に _____)、 いいえ

6、 (女性の方にお聞きします)妊娠中ですか？

はい、 いいえ、 可能性あり、 閉経

— ご協力ありがとうございました(以下は記入しないでください) —

No. _____
身長 _____ cm、 体重 _____ kg、 BMI _____、 腹囲 _____ cm
血圧 _____ / _____ mmHg、 脈拍 _____、 体温 _____ °C
検尿(pH _____、 蛋白 _____、 糖 _____、 潜血 _____、 ケトン _____、 ウロビリ _____)