問 診 票

ふりがな	住所 (自宅)
患者名	TEL (自宅)
生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日	TEL (勤務先)

下記項目について、今後の重要な診療の参考となりますので詳細にご記入ください。

1. 現在までに次の病気にかかったことがありますか。

1. 喘息　　2. じんましんなどのアレルギー疾患　　3. 心臓病　　4. 高血圧　　5. 糖尿病

6. 脂質異常症 (高脂血症)　　7. 肝臓病　　8. 腎臓病　　9. 異常体質

2. 上記以外に重大な病気にかかったり、あるいは手術を受けたことがありますか

病名　　年　　月

3. 現在までに注射、飲み薬、ぬり薬、点眼薬、その他の薬で何か異常 (局所や全身が赤く腫れたり、発疹ができたり、気分が悪くなったり、ショックになったりしたこと) が起こったことがありますか。

ある　・　ない

4. 現在まで塗料、化粧品、白髪染め、洗剤などを使って皮ふ病にかかったことがありますか。

ある　・　ない

5. 現在までくだもの、かに、さば、たまご、牛乳、その他のものを食べて、じんましんや腹痛、下痢を起こしたことがありますか。

ある　・　ない

6. けいれんを起こしやすい体質ですか。

はい　・　いいえ

7. 女性の方へ　妊娠の可能性はありますか。

はい　・　いいえ

あなたの一番最近の最終月経はいつですか。　(　　月　　日　～　　月　　日)

8. 家族でアレルギー体質やアレルギー疾患があるといわれた人がいますか。

はい　・　いいえ

9. ご家族 (祖父母・父母・兄弟・子供) で重大な病気や慢性の病気にかかった人がいますか。

いる　・　いない

10. お酒は飲まれますか。

はい　・　いいえ

「はい」と答えた方　：　一日に酒 (　　) 合　　ビール (　　) 本

11. タバコは吸いますか。

はい　・　いいえ

「はい」と答えた方　：　一日に (　　) 本位　　(　　) 才から (　　) 才まで

12. 当院をどのように知りましたか。

ご紹介 {　他院 (紹介状　有　・　無)　・　知人 (　　)　}

広告 {　電話帳・地下街・地下鉄・市電・看板・電柱広告　}　・　ホームページ

ご協力ありがとうございました。

モリタ内科胃腸科クリニック