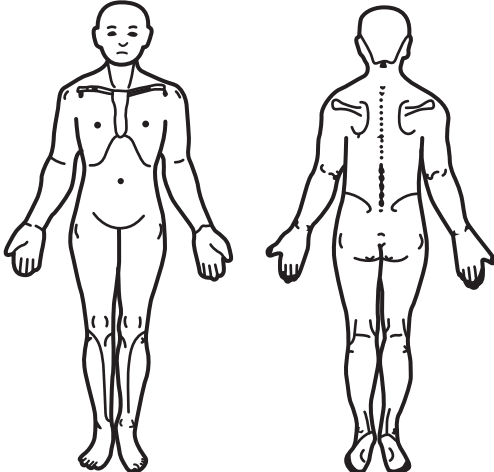


診察申込書・問診票

※お願い お薬又はお薬手帳をお持ちの方は診察時提出して下さい

初診日 () カルテ No	
ふりがな	男 女
氏名	
生年月日	大 昭 平 () 年 月 日 (才)
住所	〒 □□□-□□□□
電話	自宅 () 携帯 () 緊急連絡 ()
受診科に○を付けてください。 ・胃腸科 ・肛門科 ・内科一般 ・外科 ・循環器内科 ・糖尿病内分泌内科 ・皮膚科 ・整形外科 ・検査 ・その他 ()	
・現在どんな症状がありますか?	・現在治療している病気に○を付けてください。 高血圧 糖尿病 高脂血症 高尿酸(痛風) 狭心症 不整脈 肝臓病 腎臓病 呼吸器疾患 脳血管疾患 血液疾患 膠原病 精神疾患 消化器疾患 肛門疾患 →具体的な病名を記載してください。 ()
・その症状はいつからですか?	・以前に大きな病気をしたことがありますか? 病名とその時々年齢を記載してください。
・その箇所に○をつけてください 	・アレルギーはありますか? はい・いいえ 薬剤・食品名()
	・家族で癌の方はいらっしゃいますか? 父・母(病名) 祖父・祖母(病名) 兄弟・姉妹(病名)
	・食欲(良・普・不良)・間食(する・しない) ・食事内容や食事時間のバランス(良・可・不良) ・睡眠(良・普・不良) ・便通(回 / 日) ・便の硬さ(硬・普・軟・下痢・水様)
・タバコを吸いますか? (いいえ・はい) (才~ 才 現在1日に 本)	・現在内服している他院の薬がありますか?(有・無) 病院名() 薬剤名()
・お酒飲みますか? (いいえ・はい) 1日にビール 日本酒 ワイン 焼酎 ウイスキー ブランデー その他()を(ml)	
・月経 (順・不順・困難) ・最終月経 (月 日)	
妊娠していますか? (はい・いいえ・可能性がある)	
・身長 cm ・体重 kg	