問　　診　　票 ＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		性　別	生年月日	大・昭・平・令
氏　　名		男・女		年　　月　　日
住　　所	〒　　ー			
電話番号	自宅	携帯		

① 現在、気になる症状、苦痛を記入してください。いつごろからどのような症状ですか。

体温　（　　℃）

---

② 下記にあげる病気や、今までに受けた手術についてお答えください。

＊高血圧（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）＊喘　息（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）

＊心臓病（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）＊緑内障（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）

＊糖尿病（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）＊結　核（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）

＊肝臓病（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）＊腎臓病（　治　癒　・　治療中　・　放　置　）

＊その他（　　）

③ 通院治療はされていますか。　（　　）病院　（　　）科

現在服用している薬はありますか。（　　）

④ 手　術　歴　：　術式（　　）いつごろ　　年　　月ごろ

⑤ がんと診断されたことはありますか。　な　い　・　あ　る（　　）

⑥ 血縁者にがんの方はいらっしゃいますか。いいえ・はい　（　　）

⑦ アレルギーはありますか。

な　い　・　あ　る　：　薬物（ 抗生物質　・　麻酔薬　・　造影剤　・　風邪薬　・　その他 ）

食物（　　）その他（　　）

どのような反応ですか。（　　）

⑧ 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性なし　・　現在妊娠中　・　妊娠の可能性がある　・　授乳中

⑨ 治らない病気や悪性疾患（がん）の場合、本当のことを説明することを希望されますか。

希望する　・　希望しない

⑩ 睡眠　　眠れる　・　眠れない　睡眠薬服用：　ない　・　ある　（薬剤名　　）

⑪ 排便　　回数（　　回／　　日）下剤服用　：　ない・　ある（薬剤名　　）

⑫ タバコは吸いますか。

吸わない　・　現在吸っている（　　本／日）　　歳～現在まで

過去に吸っていた（　　本／日）　　歳～　　歳まで

⑬ アルコールは飲みますか。

飲まない　・　飲む

※ご記入いただいた項目の個人に関する情報は、当院の個人情報利用目的以外には使用いたしません。

岸田メディカルクリニック