

問診票(共通)

氏名		ID	
----	--	----	--

現在、治療中の病気や服用中のお薬はありますか？ お薬手帳をお見せください

病名	病院名	治療内容(飲んでいるお薬の名前など)

アレルギーはありますか？ 無・有 (有の場合、詳しくご記入ください)

	薬品名・食品名	症状など
薬		
食べ物		
花粉・その他		
アトピー		

既往歴	わかる範囲で該当するものに○をつけてください
呼吸器	気管支喘息 肺炎 気管支炎 肺気腫 気胸 間質性肺炎
心臓	高血圧 不整脈 狭心症 心筋梗塞
消化器	潰瘍 胃炎 肝炎 脂肪肝 膵炎 胆石
血液	貧血 輸血 静脈血栓
尿路系	前立腺肥大 尿路結石 慢性腎炎 膀胱炎 腎盂腎炎
筋骨格	関節炎 腰痛 膠原病
感染症	結核 B型肝炎 C型肝炎 リウマチ熱 HIV その他
神経	けいれん 脳梗塞 クモ膜下出血
内分泌 代謝	糖尿病 甲状腺 高脂血症
精神科	うつ病 躁病 統合失調症 神経症
その他	癌() 緑内障 皮膚疾患 眼疾患 耳鼻科疾患

手術歴	手術をされたことがあれば教えてください
癌()	盲腸 ヘルニア 胆石 扁桃摘出 帝王切開 関節 その他

たばこは吸いますか	無 有 1日()本()年間
お酒は飲みますか	無 有 (毎日 たまに)
	1日平均 ワイン 杯 ビール 本 日本酒・焼酎 合

女性の方のみ

妊娠	妊娠中 授乳中 妊娠の可能性 有・無
月経	有・閉経()歳頃
女性ホルモン療法	無・更年期治療中・ピル内服中
不妊治療歴	無・治療中