

問診票をご記入下さい。

平成 年 月 日

ふりがな → ふりがな →
氏名 _____ 住所 _____

年齢 _____ 歳 生年月日 S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____

いつからどんな症状がありますか？

(_____)

アレルギー はありますか？ いいえ はい → 食事 薬 その他

これまでにかかったことのある **病気**、治療中の **病気** がれば ○ をつけて下さい。

高血圧	狭心症	心筋梗塞	糖尿病	高脂血症
喘息	結核	脳卒中	がん	その他

手術 を受けたことはありますか？ いいえ はい

ご家族（両親、兄弟、子供）で、高血圧・糖尿病・高脂血症などの **成人病** や **がん** を患った方はありますか？

いいえ はい

最近の生活について教えて下さい

- ・夜はよく眠れますか？ はい いいえ
- ・食欲はありますか？ はい いいえ

- ・便はどのくらいの頻度でありますか？ 1日4回以上 1日2-3回 1日1回
2-3日に1度 4日以上に1度

- ・夜中におしっこで起きることはありますか？ いいえ はい → 1回、2回以上

- ・お酒は飲みますか？ いいえ はい
- ・タバコは吸いますか？ いいえ はい 吸っていましたか？ いいえ はい

- ・女性の方へ 現在、妊娠していますか？ していない している わからない