

問 診 票

お名前・	(男) (女)	かかりつけの医院・病院
年 令・	才	職 業・
<p>○ どのような症状があっただいになりましたか。</p>		
<p>○ 下記の質問にお答えください。(該当するところを ○ でかこんでください。)</p> <p>1. 今までに次の病気にかかったことが — ある・ない ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・胃腸病 糖 尿 病・結 核・貧 血・その他 _____</p> <p>2. 今までに手術を受けたことが ある(病名) _____ ない</p> <p>3. 注射や薬で、じんましんが出たり、気分が悪くなったことが ある(薬名) _____ (ピリン剤・アスピリン) ない (ペニシリンなど)</p> <p>4. 食物によって、じんましんや発疹ができたことが ある(食物名) _____ ない</p> <p>5. 家族にアレルギー体質の人が いる いない</p> <p>6. 家族に次の病気にかかった人が — いる・いない ぜんそく・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・胃腸病 糖 尿 病・結 核・貧 血・ガ ン・その他 _____</p> <p>7. 食 欲 は …… ある・普通・ない</p> <p>8. 便 通 は …… よい・便秘・下痢</p> <p>9. 睡 眠 は …… よく眠れる・寝つきが悪い・よく眼がさめる</p> <p>10. タバコ は …… 吸う(_____ 本/1日)・吸わない</p> <p>11. アルコール は …… 飲む(1日量 _____)・飲まない</p>		
<p>〔女性の方へ〕</p> <p>現在、妊娠中ですか …… はい・いいえ</p> <p>現在、生理中ですか …… はい・いいえ</p>		