保険証　受取□　確認□　返却□

確認者　　　　　　　 　　.

ふりがな

**名前　 　　　　　　　　　　( 男 ・ 女 )　　本日の体温　　　　℃**

**生年月日(　大正・昭和・平成・西暦　) 　 年　　月　　日**

**住所　 〒　 　-**

**電話番号　　 　　(　　　)　　　 　　　(　　　)　　　(　　　)**

**当院では診療を円滑に進めるため、また一人一人の患者さんに**

**より適切な診断・治療を行うため、**

**診察前に問診票の記入をお願いしております。**

**下記の質問に関し、当てはまる症状にレ点を付けて下さい。**

**○ 本日受診のきっかけに関して教えて下さい。　　□　紹介状あり**

**□　いつから、どのような症状がありますか？**

**□　検診で異常を指摘された**

**(レントゲン・CT・採血・呼吸機能検査・その他 　)**

**上記の他に何かお困りの症状はありますか？**

**○ かかったことがある、または今治療中である病気はありますか？**

**□高血圧　□　糖尿病　□　高脂血症　□　高尿酸血症 (痛風)**

**□気管支喘息　□　肺結核　□　慢性副鼻腔炎(蓄膿)**

**□脳梗塞　□　脳出血　□　狭心症　□　心筋梗塞　□　不整脈**

**□ がん 　　　　　　　　　□　その他**

**○ たばこは吸われますか？**

**□　いいえ　　□　過去に吸っていた　　　歳〜　　歳まで、１日　　　本**

**□　今も吸っている　１日　　　本**

**-裏面に続きます-**

**○ 飲酒されますか？**

**□　いいえ　　□　機会があれば、たまに**

**□　毎日　ビール・日本酒・焼酎・その他を１日　 　( ml・合)**

**○ 仕事その他で埃っぽいところで作業されたり、粉じんを吸入されたことはありますか？**

**□　いいえ　　□　はい　（アスベスト・珪酸・その他　　　　　 ）**

**差し支えなければ職業を教えてください。**

**○ ペットは飼っていますか？**

**□　いいえ　　□　はい　（イヌ・ネコ・その他 　 　　　　 ）**

**○ 家族の方に関して、何か病気をお持ちの方はいらっしゃいますか？**

**当てはまるものにレ印を付けて下さい。**

**□ 高血圧　□　糖尿病　□　高脂血症　□　高尿酸血症 (痛風)**

**□ 気管支喘息　□　肺結核　□　慢性副鼻腔炎(蓄膿)**

**□ 脳梗塞　□　脳出血　□　狭心症　□　心筋梗塞　□　不整脈**

**□ がん 　　　　　　　　　□　その他**

**○ 薬や食物に対するアレルギーはありますか？**

**あれば具体的におしえてください。**

**薬 □　いいえ　□　はい (　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**

**食物 □　いいえ　□　はい (　　　　　　　　　　　　　 　　　)**

**○ 現在内服中の薬などありますか？**

**□　はい　　　　　　　　　　　 (お薬手帳 あり・なし )**

**□　いいえ**

**○ (女性の方で)現在妊娠している可能性はありますか？**

**□ はい □　いいえ □　わからない**

**○ (女性の方で)現在授乳中ですか？**

**□　はい □　いいえ**

**御協力ありがとうございます。 Ver.3.0**