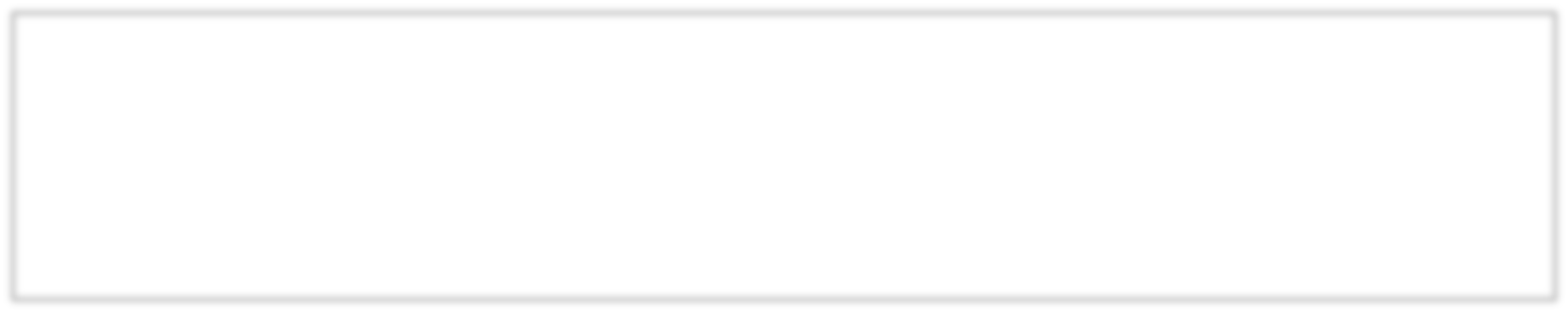
ふりがな

**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？**
  + **検査を希望 の検査**
  + **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 (　　　　　　　　　　　　　 　　　)**

* **アルコール、乳製品のアレルギーはありますか？**

アルコール □ あり □ なし 乳製品 □ あり □ なし

* **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。**