問　診　票

ID（　　）

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		生年 月日	昭和 平成 令和	年　月　日 （　　歳）	男・女
住　所	〒　　－		携帯	－　　－	
			自宅	－　　－	

★ 本日のご相談内容、現在の症状、またはお困りの症状をご記入ください。（いつから、どこが、どのように）

★ 次の項目にお答えください。

体温（　　）℃　　身長（　　）cm　　体重（　　）kg

1．アレルギー体質と言われたことがある。	**・ある**　　**・ない** 具体的に
2．薬や注射で気分が悪くなったことがある。	**・ある**　　**・ない** 薬品名：
3．今までに大きな病気や手術をしたことがある。又は現在治療中の病気がある。 ・高血圧　・脂質異常症　・糖尿病　・心臓病　・腎臓病　・胃十二指腸潰瘍　・肝臓病　・甲状腺 ・その他（　　）	
4．現在、薬を飲んでいる。 （お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい）	**飲んでいる**　　**飲んでいない** 病院名： 薬品名：
5．タバコを吸っている。	**吸っている**　（　　）本/日　×　（　　）年 **吸っていない**　（以前から吸わない　・　（　　）歳から禁煙　）
6．お酒を飲む。	**・飲む**　　**・ときどき飲む**　　**・飲まない** 酒（　　）合/日　ﾋﾞｰﾙ（　　）ml/日
7．女性の方にお聞きします。	**・妊娠していない**　　**・妊娠の可能性がある** **・妊娠中（　　）ヶ月**　　**・授乳中**
8．当院をどのようにお知りになりましたか。	**・看板**　**・インターネット**　**・通りがかり** **・ご紹介**　**・その他（　　）**

川村内科ハートクリニック