

問 診 票

体温 ()℃

I D ()

フリガナ 氏 名		生年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	男・女
住 所	〒 -	電 話	- -		
		携帯電話	- -		
★ 三豊総合病院（院長の前勤務病院）へかかれたことがありますか？					
ある ない					
★ 現在の症状、又は、お困りの症状をご記入ください。					
★ 次の項目にお答えください。		ある ない			
1 アレルギー体質と言われたことがある。		→具体的に：() 喘息 () 季節性花粉症 () じんま疹 () 薬品 () 食物 ()			
2 薬や注射で気分が悪くなったことがある。		ある ない			
3 今までに下記の病気にかかった事がある、又は、現在治療中である。（ある方は○をつけて下さい） ・糖尿病 ・胃十二指腸潰瘍 ・高血圧 ・脂質異常症 ・肝 臓 ・心 臓 ・腎 臓 ・甲状腺 ・その他 ()					
4 現在、お薬を飲んでいる。		飲んでいる 飲んでいない →お薬手帳をお持ちですか？ 持っている 持っていない			
5 過去に手術や大きな病気にかかったことがある。		ある ない →いつ頃： どのような病気で：			
6. タバコを吸っている。 ※電子タバコ等の使用・・・あり・なし		吸っている →□ () 本/日 × () 年 →□禁煙していたが吸っている () 歳から禁煙 () 本/日× () 年 吸っていない →□以前から吸わない →□ () 歳から禁煙 () 本/日× () 年			
7. お酒を飲む。		飲む ときどき 飲まない (種類・量など：)			
8. 女性の方に・・・ 当てはまるものに○をつけて下さい。 妊娠中 授乳中 生理中					

* その他お聞きしたいことがある場合は医師・スタッフにお申し出ください。

スタッフ記入欄

身長 cm	体重 kg
--------------	--------------