問　診　票

年　月　日

ふりがな		生年月日	明治　大正　昭和　平成 年　月　日生（　才）
氏　名	男 女		
住　所	〒	電話	(自宅) (携帯)
勤務先名		勤務先電話	
仕事内容			

●身長（　cm）・体重（　kg）・体温（　℃）

1 今日はどうされましたか。

（　）

2 現在、病気で通院していますか。

□ はい　□ いいえ

⇒□高血圧　□心臓病　□肺の病気　□胃腸病　□整形外科
□脳卒中　□糖尿病　□その他（　）

はいの方→いつからですか？（　）

3 今まで手術をしたことがありますか。

□ ある　□ ない

⇒□胃　□腸　□肺　□心臓　□骨　□頭　□その他（　）

あるの方→何歳の時（　）

4 くすりでアレルギーはありますか。

□ ある　□ ない

⇒□熱さまし、痛み止め　□抗生物質　□その他（　）

5 食物や花粉でアレルギーはありますか。

□ ある　□ ない

⇒□卵　□魚　□肉　□そば　□牛乳
□花粉（　）□その他（　）

7 たばこは吸いますか。

□吸う　（一日　本、　歳～）　□吸わない
□以前吸っていた（　歳まで）

8 お酒は飲みますか

□飲む　（一日　本　）　□あまり飲まない　□飲まない
⇒□ビール　□日本酒　□焼酎　□ウイスキー　□その他(　)

9 現在、妊娠の可能性はありますか。

□ ある　□ ない

ご協力ありがとうございました。もうしばらくお待ちください。

ひろさか内科クリニック
内科／循環器科／消化器科