カルテ No.

問　診　票

令和　　年　　月　　日

フリガナ
氏　名　　男・女　明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　歳

〒　　－
住　所

電話番号（　　）　　－　　職　業

携帯番号　　－　　－

☆　診察の参考にいたしますので、次の事項についてご記入をお願いします　☆

＊どのような症状ですか？調子の悪い所や、痛い所を詳しくお書き下さい。

（いつ頃から（　　））

＊今までに下記の病気にかかったり、現在治療を受けている病気はありますか？　　ある　・　ない

〇で囲んで下さい。

高血圧　心筋梗塞　狭心症　不整脈　高脂血症　糖尿病　脳梗塞
肝臓病　腎臓病　喘息　前立腺肥大症（尿が出にくい）　緑内障（眼圧が高い）
その他（　　）

＊今までに大きな手術を受けたことがありますか？　　ある　・　ない
どのような手術ですか（　　）

＊現在服用している薬はありますか？　ある　服用している薬の名前（　　）　・　ない

＊今までに食べ物や薬を飲んでアレルギーを起こしたことがありますか？　　ある　・　ない
食べ物（　　）　・　薬の名前（　　）　・　その他（　　）

＊ご家族の方で大きな病気をされたことがありますか？　　ある　・　ない
続柄（　　）・病名（　　）

＊たばこは吸われますか？　吸う（　　年間）＿＿＿本／日　・　吸わない　・　以前は吸っていた

＊アルコールは飲まれますか？　　はい　・　いいえ
（　　年間）ビール　＿＿＿本／日　・　焼酎　＿＿＿合／日　・　日本酒　＿＿＿合／日　・　ウイスキー　＿＿＿杯／日

＊女性の方にお聞きいたします。
現在、妊娠していますか？あるいは妊娠の疑いがありますか？　　ある　・　ない　・　わからない

＊何か悩みや、相談したいことがありましたらご記入下さい。

（　　）

り ひ と 内 科 ク リ ニ ッ ク