

問診票

氏名をカタカナで記入してください _____ (男 ・ 女)

生年月日 (大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才

住 所 (〒 _____ - _____)

_____ 府 ・ 県 _____ 市 ・ 郡

電話番号 自宅 _____ - _____ 携帯 _____ - _____

クリニックから連絡を入れてもいい方に○をしてください (自宅・携帯)

留守番電話に要件をお入れしてよろしいですか? (はい・いいえ・なし)

身 長 _____ c m 体 重 _____ k g 職業 _____

1. 困っていることは? (症状等)

2. いつ頃からで、きっかけは何ですか?

3. どこかで治療を受けておられましたか? (いいえ・はい)

病院名 _____

5. 以前に同じような症状が出たことはありますか? (いいえ・はい) _____ 回目

6. ご家族・ご親族で同じような症状の方はいますか? (いいえ・はい) 続柄 _____

7. 今までにかかった病気、あるいは持病がありますか? (いいえ・はい)

具体的に _____

8. 現在も治療中ですか? (いいえ・はい) 病院名 _____

9. 現在飲んでいる薬がありますか? (いいえ・はい) 薬の名前 _____

10. 薬や注射、食べ物などで体に異常が出たことがありますか? (いいえ・はい)

具体的に _____

11. 下の項目のあてはまるものに○をつけて下さい

食欲 (あまりない・普通・ありすぎる・ムラがある)

睡眠 (普通・寝つきが悪い・眠りが浅い・夜中に目がさめる・早朝に目がさめる)

便通 (普通・下痢・便秘がち) _____ 回 / _____ 日

酒類 (飲まない・飲む・時々) _____ 日 / 週 日本酒 _____ 合 ビール _____ 本 その他 _____

カフェイン (飲まない・コーヒー・紅茶・その他) _____ 杯 / 日

タバコ (吸わない・吸う) _____ 本 / 日

～女性のみ～

生理 (順調・不調・生理痛あり)

妊娠中 (いいえ・妊娠の可能性がある・はい) 妊娠 _____ ヶ月

授乳中 (いいえ・はい)

12. 家族構成についてお書き下さい

父 _____ 歳 (生・死) ・ 母 _____ 歳 (生・死)

兄弟姉妹 (例: 姉: ○歳) _____ : _____ 歳 _____ : _____ 歳 _____ : _____ 歳

配偶者 あり _____ 歳 ・ なし

子供 _____ 人 → 年齢 _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳 _____ 歳