

ID:

## 問診票

年 月 日

フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日( 歳)
お名前	男・女	ご住所	〒		
ご自宅電話番号	-	-	携帯電話番号	-	-
ご職業	本日の体温 (体温計は院内でお貸しいたします)				
血圧(院内に測定器がございます)	(	mmHg)			
身長( cm)	体重( kg)	平熱( °C)			

本日はどうなさいましたか？

--

それはいつからですか？

--

現在かかっている病気はございますか？当てはまるものに○をつけてください。

◆喘息 ◆高血圧 ◆心臓病 ◆糖尿病 ◆脳梗塞 ◆腎臓病  
◆肝炎 ◆その他( )

今まで大きな病気・手術はありますか？当てはまるものに○をつけてください。

いいえ・はい はいと答えた方は詳細をご記入ください。

現在服用中のお薬はありますか？当てはまるものに○をつけてください。

いいえ・はい はいと答えた方は詳細をご記入ください。

※おくすり手帳をお持ちの方は診察時に医師に提出してください。

薬・食べ物でアレルギーはありますか？当てはまるものに○をつけてください。

いいえ・はい はいと答えた方は詳細をご記入ください。  
薬品・食品名  
症状

**裏面にも記入項目がございます。ご協力の程よろしくお願い申し上げます**

現在かかっている病気はございますか？当てはまるものに○をつけてください。

◆高血圧 ◆高脂血症 ◆心臓病 ◆糖尿病 ◆腎臓病 ◆がん  
◆突然死 ◆その他( )

## 喫煙について

- ◆現在タバコは吸いますか？(いいえ・はい)→1日( 本)喫煙年数( 年)
- ◆過去に吸っていましたか？(いいえ・はい)→1日( 本)喫煙年数( 年)

## 飲酒について

- ◆お酒は飲みますか？

はいと答えた方は詳細をご記入ください。  
いいえ・はい 頻度( 毎日・週1～3回・月1～3回 )  
種類( )量( 杯)

女性の方へ 当てはまるものに○をつけてください。

妊娠中である・妊娠の可能性ある・授乳中である・サプリメントに興味がある

当院をお選びいただいた理由を教えてください。 当てはまるものに○をつけてください。

- ◆家が近いから ◆職場が近いから ◆ホームページを見て ◆看板を見て
- ◆本・雑誌・テレビに出てるのを見て ◆電柱看板を見て ◆バスの音声を聞いて
- ◆チラシを見て(どのチラシでしたか? ) ◆Facebookを見て
- ◆医療センターからの紹介 ◆その他の病院の紹介(病院名 )
- ◆医師を元々知っていた  
(どちらかに○をつけてください。 院長:杉岡 副院長:古庄)
- ◆心臓病・糖尿病・循環器の専門医がいるから ◆抗加齢医学会の専門医がいるから
- ◆検査機器が豊富にあるから ◆心臓病・脳卒中などの検査を詳しく行っているから
- ◆ご家族・ご親族の紹介 (お名前 )
- ◆ご友人、知人の紹介 (お名前 )
- ◆自分に合ったサプリメントの相談が出来るから

ご協力ありがとうございました。お手数ですが受付までお持ちください。