外　来　問　診　票

ＩＤ		平成　　年　　月　　日	
氏名			男　・　女
身長　　ｃｍ	体重　　ｋｇ	ペースメーカーの有無　（　あり　・　なし　）	

＊今までにかかった病気、現在かかられている病気、かかった年齢

□　高血圧　　才	□　高脂血症　　才	□　糖尿病　　才	□　気管支喘息　　才	□　消化器疾患　　才
□　心疾患　　才	□　脳疾患　　才	□　肝疾患　　才	□　腎疾患　　才	□　前立腺疾患　　才
□　悪性腫瘍　　才	□　緑内障　　才	□　事故歴　　才	□　骨折歴　　才	□　輸血歴　　才
□　ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患　・花粉症（　　）・アトピー性皮膚炎（　　）・中耳炎（　　）・副鼻腔炎（　　）				
□　その他・手術等（　　）				

＊血縁関係のあるご家族に上記の疾病の方はいますか？（　　）

＊現在服用中の内服薬　　【　あり　・　なし　】　（お薬手帳があればご提出ください）

薬品名（　　）

＊薬や食べ物によるアレルギー　【　あり　・　なし　】

薬品、食品名（　　）

＊煙草を吸われますか、または過去に吸っていましたか？　　【　はい　・　いいえ　】

「はい」の方　いつごろから　　（　　才頃より　　）

１日何本くらい　　（　　本/日）

＊女性の方　　現在妊娠の可能性　【　あり　・　なし　】（「あり」の方　妊娠　　か月）

□　生理中　　□　授乳中

＊会計明細は必要ですか？　　【　はい　・　いいえ　】

＊当医院を何でご存知になりましたか？

□　通りすがり　　□　口コミ　　□　ホームページ　　□　電柱広告　　□　折込みチラシ

□　その他

いつごろからどのような症状でお困りですか？	来院時　体温　　℃
□　健診　　□　紹介状　　□禁煙外来　　□　フイルム・CD	