

問診表

年 月 日記入

	フリガナ	西暦	年	月	日生	満	歳
	御氏名	(男女)	M・T・S・H				
	〒	-					
	御自宅住所						
	御自宅	()	携帯	()			
御連絡先	フリガナ	〒	-				
	御氏名	御住所					
	患者様との御関係	()					
職業		勤務先	()				

1) 現病歴

今回受診される病名は何ですか。 病名 _____ 病期(ステージ) _____

その病気は、いつ、どのような症状で始まりましたか。

_____ 年 月頃 (症状) _____

病名はいつ、どこの病院で診断されましたか。 _____ 年 月頃 (病院名) _____

現在治療中の病院はどちらですか。 _____ 病院名 _____

2) 経過についてお聞きます。

手術を受けた事がありますか。

ある……手術日、手術部位

ない

化学療法を受けた事がありますか。

ある……薬品名、使用量(mg)、使用期間

ない

放射線治療を受けた事がありますか。

ある……放射線の種類と部位、回数

ない

ホルモン剤・ステロイド・モルヒネを使用した事がありますか。

ある……薬品名、使用期間

ない

3) 現在どのような症状がありますか。

消化器症状 無 有 (_____)

呼吸器症状 無 有 (_____)

その他

4) 次のような病気にかかった経験はありますか。 で囲って下さい。

がん(_____) 高血圧 心疾患 糖尿病 喘息 腎不全

免疫疾患(リウマチ・ _____)

アレルギー 無 有(_____)

感染症歴 無 有(_____)

その他 (_____)

5) ご家族で上記の病気にかかられた方はいらっしゃる場合は、患者様との続柄とご病名をご記入下さい。

6) 現在服用中の医薬品をご記入下さい。

薬品名 _____

薬アレルギー-はありますか。 無 有 (_____)

7) 現在召し上がっている健康食品がございましたら、その食品名をお知らせください。

食品名 _____

食品アレルギー-はありますか。 無 有(_____)

8) 食事療法をされていたらどのようなものかお知らせください。

・玄米食・野菜中心食・乳製品を摂らない食事・その他(_____)

・特によく摂るよう心がけている食品はなんですか(魚・野菜・肉 _____)

9) 当院の治療法をどのようにお知りになりましたか。

・紹介(知人・病院名 _____) ・インターネット ・本/雑誌(_____)

・説明会に出席(月 日) ・講演会(東京・大阪・その他)に出席(月 日) ・その他

10) 当院の治療を受けるにあたりまして、主治医のご意見はどのようなものでしたか。

主治医に (話していない ・ 話している)

11) 家族構成

夫 妻 子 父 母 祖父 祖母
兄弟姉妹 その他