

問診表

会員登録	Yes	No	患者ID		名前	
年齢	歳	身長	cm	体重	Kg	生年月日 西暦 年 月 日
喫煙	1.なし 2.あり(本/日)			3.やめた(歳～ 歳頃まで 本/日)		
飲酒	1.なし 2.あり(毎日・時々: 本/日			3.体質的に飲めない		女性のみ 閉経(歳)
過去に薬によるアレルギーの経験があるか 1.なし 2.ある(薬剤名:)						
過去に食物によるアレルギーの経験があるか 1.なし 2.ある(食物名:)						
現病既往歴	1.なし 2.あり	手術	時期、内容			
1.高血圧症			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
2.高脂血症			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
3.糖尿病			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
4.高尿酸血症・痛風			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
5.肺疾患:気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
6.消化器系:胃、大腸			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
7.泌尿器系疾患:頻尿、過活動膀胱、前立腺肥大症、			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
8.肝臓系:B型・C型肝炎			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
9.眼科系:緑内障、白内障			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
10.整形外科系:骨粗鬆症、腰痛、膝痛			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
11.脳疾患:			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
12.心臓:			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
13.甲状腺、リウマチ			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
14.腎臓疾患:			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
15.癌:			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
16.神経系:不眠、うつ			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
17.婦人科系:			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
18.皮膚:アトピー性皮膚炎、			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			
19.アレルギー性疾患(花粉症・鼻炎・結膜炎)			(年 月頃～ 年 月頃・現在)			

現在使用中の薬剤(吸入薬・塗り薬・貼り薬・目薬含む)はありますか	
1.なし	2.あり(薬剤名:)

直近の健康診断は、いつですか。

その結果で気になるところは、ありましたか。

具体的に:

HbA1c
空腹時血糖
クレアチニン

家族構成		子供の人数	人	子供の年齢
既婚・未婚				
家族歴	1.なし 2.あり			
1.高血圧症			(続柄:)
2.高脂血症			(続柄:)
3.糖尿病			(続柄:)
4.高尿酸血症・痛風			(続柄:)
5.肺疾患:気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患(COPD)			(続柄:)
6.消化器系:胃、大腸			(続柄:)
7.泌尿器系疾患:頻尿、過活動膀胱、前立腺肥大症、			(続柄:)
8.肝臓系:B型・C型肝炎			(続柄:)
9.眼科系:緑内障、白内障			(続柄:)
10.整形外科系:骨粗鬆症、腰痛、膝痛			(続柄:)
11.脳疾患:			(続柄:)
12.心臓:			(続柄:)
13.甲状腺、リウマチ			(続柄:)
14.腎臓疾患:			(続柄:)
15.癌:			(続柄:)
16.神経系:不眠、うつ			(続柄:)
17.婦人科系:			(続柄:)
18.皮膚:アトピー性皮膚炎、			(続柄:)
19.アレルギー性疾患(花粉症・鼻炎・結膜炎)			(続柄:)

電話連絡の都合のいい曜日、時間帯: