

## 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：