

## 大人問診票

平成 年 月 日

フリガナ : .....

お名前 : .....

生年月日 : (明・大・昭・平) 年 月 日 (満 歳)

電話番号 : ( ) 携帯 : .....

ご住所 : 〒 .....

身長 cm 体重 kg 体温 °C

仕事内容 :

たばこは吸われますか : 吸わない・吸う 本/日 歳から

お酒はどれくらい飲まれますか :

・ 飲まない

・ 毎日 (量 )

・ 時々飲む (量 頻度 /月)

【女性の方にお聞きします】 現在妊娠 : していない ・ している 現在 : ( 週目 )

【今日はどうされましたか (主訴)】

## 【過去に大きな病気はされましたか?】

例えば以下の病気 (該当する箇所に○をつけてください)

[ ] 脳出血 (いつ: ) [ ] 脳梗塞 (いつ: )

[ ] クモ膜下出血 (いつ: ) [ ] 結核 (いつ: )

[ ] 心疾患 (いつ: ) [ ] 高血圧 (いつ: )

[ ] 糖尿病 (いつ: ) [ ] 高脂血症 (いつ: )

[ ] 喘息 (いつ: ) [ ] てんかん (いつ: )

[ ] 癌 (いつ: )

[ ] アレルギー (食物→ いつ: )

(薬物→ いつ: )

手術歴 : なし・あり (いつ: ) 麻酔歴 : なし・あり (いつ: )

## 【家族病歴についておききします】

脳出血・脳梗塞 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ] クモ膜下出血 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ]

高血圧 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ] 糖尿病 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ]

癌 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ] 高脂血症 [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ]

けいれん [ 父 母 兄 弟 姉 妹 子 ]

その他

( )

ありがとうございました。