

# 問診表

中川医院

記入日 平成 年 月 日

ふりかな お名前	性別 男 女	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	年齢 歳
初めての方のご記入をお願いします。			
郵便番号 ご住所		電話番号	

1. 今日はどうされましたか？

2. それはいつからですか？

年 月 日 時頃から 又は おおよそ 位前から

3. これまでに治療を受けたか、現在治療を受けている病気がありますか？

ない  高血圧  高脂血症  糖尿病  高尿酸血症（痛風）  
 その他（病名： ）

4. これまでに手術を受けたことがありますか？

ない  ある 時期 年 月 日 頃  
病名（ ）  
手術名（ ）

5. 現在、使用しているくすりはありますか？

ない  ある（くすりの名前がわかれば診察室でおしえてください）

6. おくすり手帳はお持ちですか？

持っている  持っていない（ 家にはある  作りたい  必要ない）

7. くすりに対してアレルギーがありますか？

ない  ある（くすりの名前： ）

8. 嗜好品はありますか？

ない  タバコ（1日約 本 年間）  
 アルコール（種類 ビール 日本酒 焼酎 洋酒 量 1日約 ml 位）  
 その他（ ）

9. 女性の方は、現在妊娠中ですか？

いいえ  はい  わからないが可能性がある

10. プライバシーポリシー（個人情報保護方針）に同意していただけますでしょうか？

はい  いいえ

11. 何か特に相談したいことがございましたら、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました