

問診表

中川医院

ふりかな お名前	性別 男 女	生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	年齢 歳
《郵便番号》 〒 《ご住所》			
----- 《お電話番号》			

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 又は 才頃
病名や部位（ ）
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 : お薬手帳があれば提示をお願いします。

6. なにかアレルギーがありますか？

ない ある
(くすり: 食物: その他:)

7. ^{しこうひん}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 ()

8. 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

9. 個人情報保護方針(次ページ)に同意していただけますでしょうか？

はい いいえ

10. なに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。