

新 患 問 診 表

フリガナ		男	年 齢	職 業	自 宅 ☎	—	—
氏 名		女	歳		勤 務 先 ☎	—	—
住 所	〒				携 帯 ☎	—	—

- 今回の来院に当たっての、症状（具合）の経過を書いて下さい。
いつごろからどうなさいましたか？（どこが痛い、はれたなど）
- 今までに薬剤によるアレルギー、じん麻疹、ぜんそく、その他のアレルギー疾患にかかったことがありますか。【はい、いいえ】
薬剤名（ ） 食品名（ ）
- 今までに何か病気をしたことがありますか。【あり、なし】
病名（ ） 病院名（ ） 罹患年月日（ ）
病名（ ） 病院名（ ） 罹患年月日（ ）
- 今までに何か手術をしたことがありますか。【あり、なし】
病名（ ） 病院名（ ） 罹患年月日（ ）
- 現在、何か薬を服用していますか。【はい、いいえ】
何の薬ですか（ ） もらっている病院名（ ）
- タバコは吸いますか。【はい、いいえ】
1日の本数（ ）
- ふだんお酒をのみますか。【はい、いいえ】
1日の量（ ）
- 自分も含め、家族の方で注射、検査、手術、麻酔（特に抜歯の時）などで具合が悪かったりしたことがありますか。【はい、いいえ】
どのような症状でしたか？
- 血のつながった人にガンを患った方がいますか？
【だれ？】 【何ガンかわかりましたら記入して下さい】
(いる) → () ()
(いない)
- 最近、海外渡航をしましたか。【はい、いいえ】 どこに（ ）
- ペットを飼っていますか。【はい、いいえ】 種類（ ）
- 健康診断を定期的に受けていますか。【はい、いいえ】
最後に受けたのはいつですか。（ ） 病院名（ ）
- 女性の方のみ、お答え下さい。
●月経は順調ですか。……………【はい、いいえ】
●現在、妊娠をしていますか。……………【はい（ ）ヶ月、いいえ】
●最終月経はいつですか。……………（ ）