

問診票をご記入下さい。

平成 22 年 月 日

ふりがな

ふりがな

氏名

住所

年齢

歳

電話番号

いつからどんな症状がありますか？

アレルギーはありますか？ いいえ はい → 食事 薬 その他

これまでにかかったことのある病気、治療中の病気がれば ○ をつけて下さい。

高血圧

狭心症

心筋梗塞

糖尿病

高脂血症

喘息

結核

脳卒中

がん

その他

手術を受けたことはありますか？ いいえ はい

ご家族（両親、兄弟、子供）で、高血圧・糖尿病・高脂血症などの成人病やがんを患った方はありますか？

いいえ はい

最近の生活について教えてください。

・夜はよく眠れますか？ はい いいえ

・食欲はありますか？ はい いいえ

・便はどのくらいの頻度でありますか？ 1日4回以上 1日2-3回 1日1回
2-3日に1度 4日以上に1度

・夜中におしっこで起きることはありますか？ いいえ はい → 1回、2回以上

・お酒は飲みますか？ いいえ はい

・タバコは吸いますか？ いいえ はい 吸っていましたか？ いいえ はい