問　　診　　表

郵便番号	ー		
住　　所			
ふりがな			
氏　　名	男・女		
電　　話	（　　） ー	勤務先	（　　） ー
携帯電話	ー　　ー		
年　　齢	才　　ヵ月　体重　　kg		
生年月日	M．T．S．H　　年　　月　　日		

現在、[　　]医院に
通院中で、薬（ あり ・ なし ）
（薬の名前　　）

現在、服用中の薬又はお薬手帳を提出して下さい。

★ 今、一番つらい症状から順次記入して下さい。
いつから（　　）
熱　　（　　度）
症状
（　　）

睡眠時無呼吸症候群の診察をご希望の方は下記にご記入下さい。

職業[　　]　身長[　　cm]

	いびきをかく
	朝すっきり目覚めない
	昼間、眠くなる
	睡眠中に呼吸が止まると言われる
	以前に C-PAP を使用した事がある、もしくは他院にて PSG 検査を受けた事がある

※医療費明細書の発行を希望しますか？　　はい ・ いいえ

◎必ず記入して下さい。

薬アレルギー（ あり･なし･わからない）
体に合わない薬のある方は書いて下さい。
（　　）

病　歴	今までにかかったことのある病気に○を付けて下さい。		
病名[　　]			
高血圧		腎　臓	
ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎		喘　息	
糖尿病		肝　臓	
胃　腸		肺　臓	
心　臓		眼	

その他、先生へお伝えしたい事がある方はご記入下さい。
（　　）

女性の方のみ、正確に記入して下さい。

現在、妊娠の可能性（ あり ・ なし ）
現在、妊娠中（　　ヵ月）
現在、授乳中（子供　　ヵ月）
薬の使用をさけたい（ はい ・ いいえ ）