問　診　票

※医療費明細書の発行を希望しますか？　　はい　・　いいえ

お薬は先発医薬品・ｼﾞｪﾈﾘｯｸどちらか希望しますか？　先発品　・　ｼﾞｪﾈﾘｯｸ　・　特に希望なし

郵便番号	ー
住　所	
ふりがな	
氏　名	男・女
電　話	（　　）　　ー
携帯電話	お持ちの方は必ずご記入お願いします。 ー　　ー
年　齢	才　　ヵ月　体重　　kg
生年月日	T．S．H．R　　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。

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 ）

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

◎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○を付け下記以外の病気がある方は別記入して下さい		
病名[　　]			
高血圧		腎　臓	病名
ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎		喘　息	
糖尿病		肝　臓	病名
胃　腸	病名	肺　臓	病名
心　臓	病名	眼	病名

その他、先生へお伝えしたい事がある方はご記入下さい。（手術歴等）

（　　）

禁煙外来受診希望の方

禁煙を始めたい

睡眠時無呼吸症候群の診察を希望の方は下記の記入をお願いします。

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、又は他院にて PSG 検査を受けた事がある