

問 診 票

氏名 _____

次のことにお答えください。（該当項目にレ印をしてください。）

1．既往症（今までにかかったことのある病気全部）について記載をお願いします。

高血圧症	有（ 才から ）	無
糖尿病	有（ 才から ）	無
心臓病（不整脈・狭心症・心臓弁膜症・その他）	有（ 才から ）	無
緑内障	有（ 才から ）	無
前立腺肥大症（男性）	有（ 才から ）	無
消化器疾患（胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・食道炎・大腸ポリープ・痔核）	有（ 才から ）	無
その他（ ）	有（ 才から ）	無
	有（ 才から ）	無

2．嗜好

喫煙	有（ 本 / 日 ）	無
飲酒	有（ ml 又は合 / 日 ）	無

3．家族歴

両親・兄弟・祖父母・叔父・叔母・いとこなど血のつながった方に下記の病気にかかったことのある方を全てお知らせください。

高血圧症	有（ ）	無
糖尿病	有（ ）	無
心臓病（不整脈・狭心症・心臓弁膜症・その他）	有（ ）	無
悪性腫瘍（癌・白血病・リンパ腫など）	有（ ）	無