

予 診 票

記入日： 年 月 日

名前 _____ 年齢 _____ 才 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1) いつ頃から、どんな症状が出ているかを簡単に書いてください

2) これまでにかかった病気や受けた手術を教えてください

① _____ (_____ 才) ② _____ (_____ 才)

③ _____ (_____ 才) ④ _____ (_____ 才)

3) 現在薬を飲んでいますか (はい・いいえ)

どこの病院でもらいましたか _____

何の薬ですか _____

4) 薬や注射で具合が悪くなったことがありますか (はい・いいえ)

何という薬(注射)でしたか _____

5) タバコとお酒について

タバコ (吸わない・吸う _____ 本/日) 喫煙歴 _____ 年

お酒 (飲まない・ほぼ毎日・月数回・年数回) 飲酒歴 _____ 年

6) 現在の状態について

食欲はありますか (ある・普通・ない)

体重はどうですか (不変・減少・増加)

夜はよく眠れますか (眠れる・眠れない)

生理は順調ですか (順調・不順・ _____ 才頃なくなった)

7) どんな仕事をしていますか _____

8) 両親や祖父母にいとこ同士などの血族結婚はありますか (はい・いいえ)