

問診票

氏名 _____ 様 受診日 _____ 才

※記入上の注意 チェック欄には または を記入ください。数字記入欄には数字を記入ください。

既往歴（手術歴）について

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|------------------------------------|
| 手術したことがありますか。 | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい | 部位: { _____ } |
| 輸血をしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> | いいえ | <input type="checkbox"/> | はい | 手術年月日: { _____ 年 _____ 月 _____ 日 } |

家族歴について

・ 血のつながった両親、祖父母、兄弟などで下記の病気にかかったことがありますか。

| | 高血圧 | 糖尿病 | 狭心症・心筋梗塞 | 脳卒中 | がん | |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 父 | <input type="checkbox"/> | 部位: { _____ } |
| 母 | <input type="checkbox"/> | 部位: { _____ } |
| 祖父母 | <input type="checkbox"/> | 部位: { _____ } |
| 兄弟姉妹 | <input type="checkbox"/> | 部位: { _____ } |

検査について

・ 過去に検査を受けて具合が悪くなったことや検査に注意することがありますか。

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 採血で気分が悪くなったことがある | <input type="checkbox"/> ペースメーカーを使用している |
| <input type="checkbox"/> 胃透視検査で気分が悪くなったことがある | <input type="checkbox"/> その他アレルギーがある |
| <input type="checkbox"/> 胃透視検査でおなかの具合が悪くなったことがある | { _____ } |
| <input type="checkbox"/> 麻酔で気分が悪くなったことがある | |

女性の方への質問

※女性の方のみお答えください。

| | | | | |
|------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 現在生理中ですか。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 現在妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 現在授乳中もしくは卒乳後6ヵ月以内ですか。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

その他、健康上ご心配な事をご記入ください。