

年 月 日

問 診 票

つ げ 医 院 カルテ番号 _____

しばらくお待ちいただく間、おわかりになるところだけで結構ですから下の質問に記入し、受付におだし下さい。（該当するところに○印をつけて下さい。）

患者さんの氏名		年齢		性別	男 女
記入者の氏名		患者さんとの関係			

1. 最近、お医者さんにかかったことがありますか。

(1) あ る (2) な い (3) わからない

2. いままで、注射、のみぐすり、ぬりぐすり、又は眼ぐすりなどで、皮ふが赤くなったり、ショックになったことがありますか。

(1) あ る (2) な い (3) わからない

3. いままで、患者さん自身又は家族（親子、兄弟）の中で、下記の病気といわれたことがあれば、それに○印をつけて下さい。

(患者さん自身)	ぜんそく	じんましん	アレルギー体質
	心臓病	腎臓病	高血圧
	異常体質		
(家 族)	ぜんそく	じんましん	アレルギー体質
	心臓病	腎臓病	高血圧
	異常体質		

4. 上記のほかに、大きい病気や慢性の病気にかかったり、手術をうけたりしたことがありますか。

(患者さん自身)	(1) あ る	(2) な い	(3) わからない
(家 族)	(1) あ る	(2) な い	(3) わからない

その病名がわかったら書いて下さい。

(患者さん自身) _____ (家 族) _____

確 認 者 署 名	
-----------	--