

問 診 表

ID		記入日	2026年	月	日
ふりがな		生年月日	S H R	年	月 日
氏 名		年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
				身 長	cm
				体 重	kg
住 所	〒	連絡先番号	-	-	

*当てはまるものに○または記入してください。

① 今日はどうされましたか？

痛み(部位) 下痢 かぜ その他()

② 今までにかかった病気はありますか？

なし 胃・十二指腸潰瘍 (ピロリ菌；不明・除菌済・除菌未) 大腸ポリープ 肝臓病 心臓病 脳卒中 貧血 高血圧
高脂血症 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 腎臓病 肺結核 その他()

③ ご両親、ご兄弟、祖父母、叔父、叔母で病気の方はいますか？

なし 胃・十二指腸潰瘍 (ピロリ菌；不明・除菌済・除菌未) 大腸ポリープ 肝臓病 心臓病 脳卒中 貧血 高血圧
高脂血症 糖尿病 前立腺肥大 緑内障 腎臓病 肺結核 その他()

④ 薬と卵のアレルギー なし あり ⇒ 卵 / 薬名()

⑤ 毎日飲んでいる薬 なし あり ⇒ 薬名()

⑥ たばこ すわない すう(本/日)

⑦手術 なし あり ⇒ 開腹 ・ 腹腔鏡 ・ 腸ヘルニア ・ その他()

⑧歯科麻酔で気分不良は？ なし あり 不明

⑨お酒 のまない のむ：種類 量

⑩傷が治りにくい いいえ はい

⑪女性の方のみご記入ください 閉経 / 最終月経 年 月 日～ 日間
妊娠の可能性は なし あり
婦人科関連の手術は なし あり