問 診 票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質 問 内 容

1.　現在具合の悪いところはありますか　　はい ・ いいえ
（はいの方は具体的にご記入下さい）

2.　現在通院治療されている病気はありますか（ある方のみご記入ください）　　はい ・ いいえ
（診断名　　歳～　　）
（内服薬　　）

3.　過去に病気があり手術や治療をされたことがある　　はい ・ いいえ
（ある方のみご記入下さい）

4.　食事が不規則で間食が週３以上ある　　はい ・ いいえ

5.　たばこを習慣的に吸っている　　はい ・ いいえ
（　　歳～１日　　本　）

6.　アルコールはのみますか　　はい ・ いいえ
（はいの方のみ何を１日どれくらい飲まれるか　ご記入下さい）

7.　ここ３ヶ月の間に気になる症状のある方は具体的にご記入下さい