

# 問診表

記入日： 平成 年 月 日

徳永呼吸睡眠クリニック 内科・呼吸器科

FAX 082-211-1160 メール [tk1159@io.ocn.ne.jp](mailto:tk1159@io.ocn.ne.jp)

ふりがな  
氏名： 生年月日： 年 月 日（年齢 歳）

住所：〒

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

1. 紹介医があればお書きください。 ( )
  2. 紹介者があればお書きください。 ( )
  3. かかりつけ医があればお書きください ( )
  4. かかりつけ歯科があればお書きください ( )
- 受診の理由を教えてください。

5. 経過を簡単に教えてください（いつから どんな症状で どうしていたか等）

6. 今まで治療されていた医療機関をお書きください。

- ( )  
( )

7. 薬剤のアレルギーがあればお書きください。

- ・ 薬剤名 ( )

8. タバコは吸われますか？

- ・ 吸う (1日 本 / 年間)
- ・ 以前吸っていた ( 年前まで 1日 本 / 年間)
- ・ 吸わない

9. アルコールは飲まれますか？

- ・ 飲まない
- ・ 飲む (何を： 一日どれくらい： )

10. ご両親、兄弟姉妹に下記の病気の方がおられますか？（あれば○をつけてください。）

癌	高血圧	糖尿病	心臓疾患
脳梗塞、脳出血	高脂血症	気管支喘息	肝臓疾患