

健康咨询表

我们了解您的健康状况，以供治疗参考。这些内容不会向非医疗人员透露，请您或您的监护人准确回答，谢谢。

填写年月日 年 月 日
性别
名字 出生年月日 年 月 日
年龄 岁
地址 干 -

若有公寓名称以及居住房号请填写

联络电话号码 职业

若有介绍者： 先生/小姐

☆ 请填写今日就诊的原因

☆ 请仔细阅读问题，并在答案的项目上打上○符号。

1. 一年以内有接受健康检查吗？ 是 · 否

2. 您过去是否曾经有过住院或手术等经历？ 是 · 否

3. 现在有定期去的医院吗？ 是 · 否

请填写医院的名称以及主治医的名称

医院名(科名) 主治医名称

4. 现在有定期服用的药吗？ 是 · 否

常用药

5. 是否对药物，食物，或是其他东西产生过敏？ 是 · 否

6. 口腔麻醉的时候，是否有过异常的反应(例如不舒服，头晕想吐等等)？ 是 · 否

7. 只限女性，请回答下列问题
您目前是否怀孕中？或者存在怀孕的可能性吗？ 是 · 否

目前是否哺乳中？ 是 · 否

8. 您平常的血压是多少？(如果不清楚的话，可以使用接待处的血压计测量)
(血压值： / 有服用降血压药吗？ 有 · 无)

是否有下列的疾病

请对A)至J)的所有项目进行

有 · 无

回答。

(若有, 请在该疾病名称上打上○)

A) 循环器系统疾病

有 · 无

· 心绞痛 · 心肌梗塞 · 心脏力竭 · 心脏瓣膜病 · 先天性心脏病
· 心脉不整 · 脑中风 · 高血压 · 高血脂 · 其他

(请问您是否有使用心律调节器

有 · 无

)

B) 肝脏疾病

有 · 无

· B型肝炎 · C型肝炎 · 肝癌 · 其他

C) 肾脏疾病

有 · 无

· 肾功能不全(是否有接受过人工肾脏透析

是 · 否

) · 其他

D) 内分泌疾病

有 · 无

· 甲状腺机能亢进症 · 肾上腺机能不全 · 糖尿病 · 其他

E) 呼吸系统疾病

有 · 无

· 鼻窦炎 (鼻腔蓄脓症、鼻塞感) · 过度换气症候群 · 其他

F) 消化系统疾病

有 · 无

· 胃溃疡 · 十二指肠溃疡 · 其他

G) 神经·精神疾病

有 · 无

· 癫痫 · 精神官能症 · 其他

H) 血液疾病

有 · 无

· 血友病 · 白血病 · 其他

I) 过敏性疾病

有 · 无

· 气喘 · 慢性湿疹 · 其他

J) その他

· HIV · 骨质疏松症 · 以上皆没有

☆ 除了上述的问题外, 您还有什么想要告诉主治医生的事情吗?

* 代理的时候, 请写上您的名字与本人的关系

名字 (关系)