

患者 ID :

## 遺伝外来 問診票

記入日： 年 月 日

記入者： 本人・父・母・祖父・祖母  
その他（ ）

フリガナ 生年月日  
患者氏名 年 齢 歳 カ月  
性 別 ( ) 人兄弟の ( ) 番目  
身 長 c m 体 重 k g

下記の項目について、ご記入または、○をつけてください。

1、本日、当科を受診された理由を教えてください

--

また、ご家族で同じ症状の方はいますか

いない

いる どなたですか？ \_\_\_\_\_

2 現在、治療している病気はありますか

病名	時期 (いつ頃から)
無 / 有	

3、現在使用している薬はありますか

無 / 有 (薬剤名)
-------------

4、過去に手術や大きな病気をしたことはありますか

病名	時期 (いつ頃)
無 / 有	

5、アレルギーはありますか、 またどのような症状がでますか

薬 剤	無 / 有 アルコール消毒 その他下記に記入
食 べ 物	無 / 有 メロン キウイ バナナ その他下記に記入
そ の 他	ゴム製品 金属 (種類 ) 花粉 ( ) その他下記に記入

ご記入ありがとうございました。