

# 病気の質問表

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男・女

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 記入日 年 月 日

この質問票は、病気をなおすために大切な資料となります。さしつかえない範囲で、ありのままをお書き下さい。秘密はかたくお守りいたします。

1. 現在の症状(お困りのこと)について残らずお書き下さい。

--

2. 病気が始まったとき(頃)、何か変わったことがありましたら、教えて下さい。

--

3. 病気はどんなときに悪くなりますか？またどんなときに良くなりますか？

(悪くなるとき)
(良くなるとき)

4. 病気の原因は何だと思えますか？

--

5. この病気で、どこで、どんな診断や治療を受けましたか？

(どこで)	(どんな診断)	(どんな治療)	(治療の効果)

6. ご家族の方は、あなたの病気についてどのように考えていらっしゃいますか？

--

7. 検査や治療についてご希望がありましたら、お書き下さい。

--

8. 病気以外のことで、ご希望、ご相談ごとがありましたらお書き下さい。

--