

問診票

ふりがな _____

氏名 _____

生年月日

M・T
S・H

年

月

日 (

歳)

〒 _____

 住所 _____電話番号 ()
携帯番号 ()

体重 _____

kg

身長 _____

cm

1. どのような症状でお困りですか？

体温 _____ °C

2. それはいつ頃からですか？

3. 現在、病気やけがで通院中ですか？ (はい・いいえ)

→ 「はい」の方へ

通院中の方は病名を教えてください 病名: _____

現在も投薬を受けていますか？ (はい・いいえ)

お薬手帳をご持参いただいた方は、写真をLINEで送ってください。

4. 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)

→ 「はい」の方へ

何の手術か教えてください _____

その手術はいつごろですか？ _____ 年頃

その後、治療、通院はしていますか？ (している・していない)

5. 今までお薬や注射で気分が悪くなった事がありますか？ (はい・いいえ)

→ 「はい」の方へ

その薬の名前がわかりましたらお書きください

6. 次の病気にかかった事がありますか？ (かかった病気を○で囲って下さい)

- ・喘息 ・結核 ・高血圧 ・心臓病 ・糖尿病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・神経症
- ・アレルギー喘息 ・アレルギー性鼻炎 ・アトピー性皮膚炎

7. ご家族でアレルギー体質の方はおられますか？ (いる・いない)

8. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

(はい・いいえ・どちらともいえない) はいの方 → _____ ヶ月

※他に伝えておきたいことがございましたらご記入下さい(薬のアレルギーがあればご記入下さい)

※当クリニックをどちらでお知りになりましたか？

インターネット・当院ホームページ・知人の紹介・その他 _____

ご記入ありがとうございました。