

## 問診票

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日  $\begin{matrix} M \cdot T \\ S \cdot H \end{matrix}$  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。