

# 問診票

20 年 月 日

フリガナ		住所	〒	—
氏名	男・女			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	電話番号 携帯番号	( ) — — —	

※診察の参考に使用させていただきますので、ご記入お願いいたします。

1. どのようなお悩みで受診されましたか？

2. 上記1の項目について今まで治療を受けたことはありますか？

なし ・ ある (医療機関名: )

3. 今回来院されたきっかけは何ですか？

- ・ ホームページ
- ・ 紹介
- ・ 院内掲示、保険診療から
- ・ その他

4. 今まで治療を受けたことのある病気、または現在治療中の病気があれば○をつけてください。

- ・ ない
- ・ 花粉症 (アレルギー性鼻炎)
- ・ 喘息
- ・ じんましん
- ・ アトピー性皮膚炎
- ・ 胃潰瘍
- ・ 高血圧
- ・ 高脂血症
- ・ 糖尿病
- ・ 不整脈
- ・ 狭心症
- ・ 心筋梗塞
- ・ 脳梗塞
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ その他 (病名は?: )

5. お薬、注射などで副作用、食べ物などでアレルギーがありましたか？○をつけてください。

なし ・ ある (お薬の名前: 副作用: )  
(アレルギー: )

6. 現在、内服中のお薬はありますか？○をつけてください。

なし ・ ある (お薬の名前: )

7. 女性の方にお聞きします。妊娠・授乳していますか？○をつけてください。

いいえ ・ はい ・ 可能性がある ・ 授乳中

ご協力ありがとうございました。その他何かご要望などがあればお書きください。