

問診票

令和 年 月 日

フリガナ		住 所	〒	—
氏 名	男 ・ 女		()	—
生年月日	昭和・平成・令和	電話番号	()	—
	年 月 日 (才)	携帯番号	—	—
職業				

※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。

- どのようなお悩みで受診されましたか？
- 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： ）
- 今回来院されたきっかけは何ですか？
 - ・ホームページ ・ SNS
 - ・紹介（紹介者のお名前： ）
 - ・院内掲示、保険診療から
 - ・その他（ ）
- 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？： ）
- 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：)
- 今までに麻酔をされたことがありますか（歯医者なども含む）？
なし ・ ある
→あると答えられた方、その時気分が悪くなったりされましたか？
いいえ ・ はい
- 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： ）
- ピル（ホルモン剤）の服用はありますか？○をつけてください。
なし ・ ある
- 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。