

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 年 月 日 (才)	電話番号 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。

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 ・SNS
- ・紹介 (紹介者のお名前：)
- ・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. 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

8. 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。