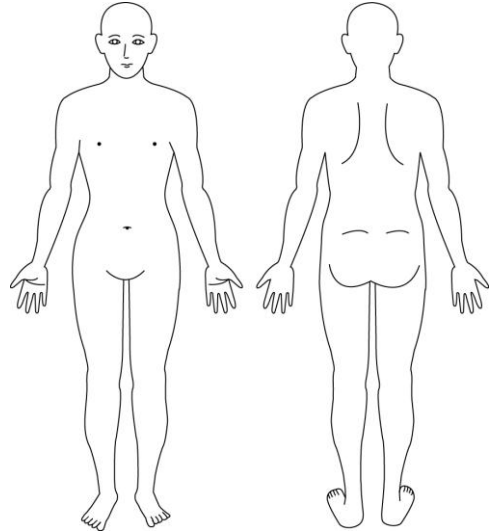


# 問診票

平成 年 月 日

ふりがな お名前 (男・女)		生年月日	年 月 日 歳 月 日 生 月 日
〒 ご住所			
電話番号		E-mail	
身長( )cm		体重( )kg	体温( )℃

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。  
 ・いつ頃からですか。( から )  
 ・症状のあるところはどこですか。  
 (右図に○をつけて下さい)  
 ・どのような症状で  
 ( )



2. この症状で、現在あるいは過去に治療を受けていますか。( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方・・・病名( )  
 また、その治療で変化はありましたか。  
 (よくなった ・ 悪くなった ・ 変わらない ・  
 その他[ ] )

3. 今までにかかった病気がありますか。  
 アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・  
 腎臓病 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障  
 その他 ( )

4. 現在、他の病院にかかっていますか。( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方・・・( )科 病名 ( )

5. 現在、使用している薬はありますか。( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方・・・内服薬 ( )  
 外用薬 ( )  
 お薬手帳をお持ちの方はそのままお出し下さい。

6. 今までにお薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。( はい ・ いいえ )  
 「はい」の方・・・ ( )

7. 女性の方のみお答え下さい。  
 妊娠中ですか ( はい [ 月 ] ・ いいえ )  
 授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

8. 何を見て来院されましたか。  
 知人、家族の紹介 看板を見て クリニックのホームページを見て その他( )