

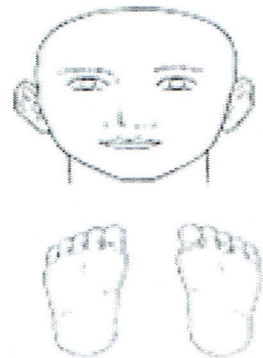
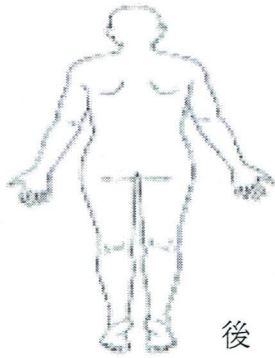
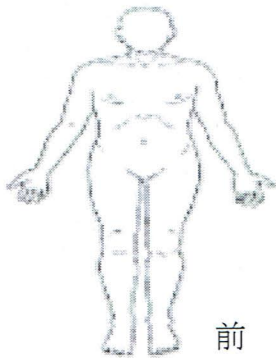
問 診 票

ふりがな				性別	男 ・ 女
お名前				体重	Kg
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)	
ご住所	〒				
電話番号			緊急連絡先		

① ■いつ頃から ()

■どのような症状でお困りですか？

■症状のあるところはどこですか？(該当する場所に○をつけてください)



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)

③現在使用している薬はありますか？ お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください。
 (はい ・ いいえ) 「はい」の方…内服薬()
 外用薬()

④今までに、飲み薬・注射・食べ物などでアレルギー症状(じんま疹や顔のはれ、呼吸困難など)が
 できたことはありますか？ (ある ・ ない)
 「ある」の方…薬や食べ物の名前()
 症状()

⑤今までにかかったり、現在治療中の病気はありますか？(ある ・ ない)
 「ある」の方… ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病(不整脈、心不全など) ・肝臓病
 ・腎臓病 ・前立腺肥大 ・アレルギー性鼻炎 ・ぜんそく
 ・アレルギー性結膜炎 ・緑内障 ・リウマチ ・膠原病 ・胃腸病
 ・結核 ・高脂血症 ・その他()

⑥女性の方にお尋ねします。現在、妊娠の可能性はありますか？また、授乳されていますか？
 (ある ・ ない ・ わからない) ・現在 月 月 ・授乳中

⑦当院をどのような形で知られましたか？
 1.ネット 2.家族・知人の紹介 3.看板を見て 4.その他 ()

ご協力ありがとうございました。のちほど診察の際、担当医師に詳しくお話しください。