

# 問診票

平成 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日 明・大・昭・平成 年 月 日 ( ) 歳

〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

## ・相談したい科目を○でお選びください

【内科】 【循環器】 【糖尿病】 【腎臓病】 【小児科】 【禁煙治療】 【睡眠時無呼吸症候群】  
【リハビリ科・鍼灸・スーパーライザー】 【AGA 薄毛治療】 【ED バイアグラ】 【ダイエット外来】  
【プラセンタ注射】 【ニンニク注射】 【その他の自費点滴・注射】 【高濃度ビタミンC点滴療法】  
【グルタチオン点滴】 【ポトックスビスタ しわ】 【美容鍼】 【その他: \_\_\_\_\_】

① いつ頃から、どのような症状がありますか？（例：昨夜より、のどが痛い）

② 現在服用中の薬はありますか？現在通院中の病院・医院はありますか？

ない・ある：( )の病気のため( )病院・医院に通院中  
薬の名前( )

③ これまでにおおきな病気にかかったり、手術・輸血をされたことがありますか？

ない・ある（高血圧 心臓病 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病 潰瘍 目の病気 婦人科 泌尿器）  
その他( )

④ 薬や食物にアレルギーをおこした事・アレルギー体質はありますか？

ない・ある：薬（抗生物質・ピリン剤・その他）  
食物( )  
アレルギー体質( )

⑤ 喘息（ぜんそく）はありますか？ ない・ある（ \_\_\_\_\_ 歳ごろ）

⑥

⑦ 身内の方に次の様な病気にかかった方がおられますか？（続柄： \_\_\_\_\_）

ない・ある（高血圧 心臓病 脳卒中 糖尿病 肝臓病 腎臓病 癌 結核 喘息 リウマチ 甲状腺）  
その他( )

⑧ 普通の状態 食欲（ある・ない） 睡眠（良・悪）

タバコ（吸わない・吸う：1日 \_\_\_\_\_ 本） アルコール（飲まない・飲む \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 本）

⑨ 女性のみ記入してください。

妊娠の有無：（していない・している \_\_\_\_\_ ヶ月・わからない）

生理：（順調・不順・最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日・閉経 \_\_\_\_\_ 歳）

◆ 個人情報取り扱いについて（詳しくはポスターをご覧ください）

当院はあなたの個人情報を掲示板のごとく適正に扱います（理解した・しない）

◆ 来院のきっかけについて

ホームページを見て 便利な場所にあるから 看板等を見て チラシを見て 他医療機関からの紹介

Facebook ブログ 近隣・知人の紹介（ \_\_\_\_\_ 様） その他（ \_\_\_\_\_ ）