

問診票

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】
- 【鍼灸・整体・スポーツケア】 【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】 【ボトックスビスタ 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 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()
- ⑦ 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）
- ⑧ 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 _____ インスタグラム _____ 近隣・知人の紹介（ _____ 様） _____ その他（ _____ ）