

問 診 票

※診察券をお持ちの場合はお名前・診察券番号だけご記入ください					
記入日 令和3年 月 日		診察券 <input type="checkbox"/> あり(番号:) <input type="checkbox"/> なし			
ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		電話番号			
ご住所	〒 -				

◆受診理由についてあてはまるものにチェックしてください(いくつでも)

■腹部症状

- 腹痛 吐き気・嘔吐 下痢 便秘 胃の調子が悪い 食欲がない

■胸部症状

- 胸が痛い 息苦しい 胸部の圧迫感 動悸がする

その他の症状

- 頭痛 めまい 倦怠感 体重減少 血圧が高い
 発疹 皮膚のかゆみ 皮膚の痛み

■その他

- 健康診断で異常を指摘された 他院からの紹介
 舌下免疫療法を希望 禁煙外来を希望

■上記以外についてはこちらにご記入ください

()

◆症状がある場合、いつから症状がありますか？

()

◆現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？

- なし あり

「あり」とお答えの方はあてはまるものにチェックしてください

- 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 前立腺肥大症 心臓疾患(不整脈含む)
 肝臓疾患 脳疾患 緑内障 花粉症 気管支喘息
 その他()

◆いつも定期的に飲んでいる薬はありますか？

- なし あり

※「あり」とお答えの方はおくすり手帳か薬の内容がわかるものをお持ちください

◆薬や食品などでアレルギーが出たことはありますか？

- なし あり

「あり」とお答えの方は薬剤名、食品名などをご記入ください

()

◆今までに病気やけがで手術を受けたことはありますか？

- ある ない

◆女性の方はあてはまる項目があればチェックしてください

- 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中